

**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE MADRID**



**Facultad de Medicina**

**Departamento de Psiquiatría**

**DIFERENCIAS  
ASISTENCIALES  
ENTRE  
PSIQUIATRAS Y  
PSICÓLOGOS**

**TESIS DOCTORAL**

**2012**

---

Evolución de la atención a salud mental en la Comunidad de Madrid 1980-2008

**MARÍA LUISA MARTÍN CALVO**

**Directores:**

**JORGE LÓPEZ CASTROMAN**

**ENRIQUE BACA GARCÍA**





**DR. ENRIQUE BACA GARCÍA, PROFESOR ASOCIADO DEL DEPARTAMENTO DE PSIQUIATRÍA DE LA UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE MADRID Y JEFE DEL SERVICIO DE PSIQUIATRÍA DE LA FUNDACIÓN JIMÉNEZ DÍAZ**

**CERTIFICA QUE:**

El trabajo de investigación presentado por **Dña. María Luisa Martín Calvo**, titulado “*Diferencias asistenciales entre psiquiatras y psicólogos*”, realizado bajo mi dirección, reúne los requisitos científicos, metodológicos y de originalidad suficientes para ser defendido como Tesis Doctoral ante el Tribunal que legalmente proceda.

Y para que surta los efectos oportunos, se firma la presente en Madrid a 10 mayo de 2012.

Dr. Enrique Baca García



## AGRADECIMIENTOS

En muchos aspectos de la vida profesional, se podría decir que es un hecho que la vocación nace y no se hace y más concretamente en el ámbito de la medicina. Pero no solo se necesita vocación, también el desarrollo de habilidades que te permitan cuidar, acompañar, aconsejar y si es posible tratar y curar, a los que sufren. No sólo he necesitado mis ganas, que han sido muchas, para llegar hasta donde estoy y poder ser lo que soy; en lo personal y en lo profesional. Durante todos estos años, muchas personas me han acompañado en este duro camino y me han mostrado su apoyo, tanto en los momentos de éxito como en los de fracaso. A todos ellos, hoy me gustaría darles las gracias con este pequeño homenaje.

Primeramente quisiera mostrar mis agradecimientos a todos aquellos compañeros de profesión que he tenido a mi disposición para realizar con éxito este trabajo. De manera especial y sincera a mis directores, el Dr. Enrique Baca García y el Dr. Jorge López Castromán, quienes han hecho posible y viable este proyecto. A Rebeca García Nieto, por la facilitación de buena parte de la documentación relacionada con el tema de estudio. A Consuelo Morant Ginestar, a la que agradecemos la aportación de los datos necesarios para llevar a cabo este estudio. A la bibliotecaria Elena, la figura que me ha guiado a través del laberinto que es la documentación y sus búsquedas imposibles. Y cómo no, a mis compañeras de trabajo, Neli y Carolina, por sus constantes sobrevaloraciones y apoyo en mi trabajo clínico diario.

Pero este homenaje no podría estar completo sin la presencia de mi familia y amigos, que han estado a mi lado, desde que me embarqué en esta profesión hace ya algunos años. Mis padres que me han dado todas las ayudas colaterales para la facilitarme la tarea y poder dedicarle todo el tiempo a mis cuestiones académicas y

profesionales, viendo en mi cómo no, a la mejor, primero como hija y después en todos mis proyectos. A mi queridísimo hermano por su entera disposición, aún extraño que parezca, a solucionarme todos los problemas técnicos de las nuevas tecnologías. En especial a mi prima Azu, que me ayuda y me aconseja a redactar estas líneas, que tanto me cuestan. Siempre solícita a mis necesidades. No quiero olvidarme de mi entrañable tío Fulgen, que estuvo pendiente de algunos problemillas con la maquetación. A un buen amigo, Juanjo, con el que desgraciadamente ya no cuento, pero que siempre estará presente. A todos aquellos familiares y amigos, que desde la distancia me apoyan y sobrevaloran todos mis esfuerzo y quienes no dejan de sorprenderse con : ¡también la tesis!.

Y por último, y no por ello menos importante, darle las gracias a la excelente persona que es mi marido, por su constante e incondicional apoyo, solucionador de problemillas, que para una mente cargada se convierten en verdaderos monstruos.

Gracias a todos por vuestro apoyo durante todos estos años.



<b>1</b>	<b>INTRODUCCIÓN.....</b>	<b>11</b>
<b>1.1</b>	<b>IMPACTO DE LA ENFERMEDAD MENTAL.....</b>	<b>11</b>
<b>1.2</b>	<b>LA ATENCIÓN DE LA SALUD MENTAL .....</b>	<b>12</b>
1.2.1	FORMACIÓN DE PSICÓLOGOS Y PSIQUIATRAS. ....	12
1.2.2	DIFERENCIAS ASISTENCIALES ENTRE PSICÓLOGOS Y PSIQUIATRAS. ....	13
<b>1.3</b>	<b>EVOLUCIÓN TEMPORAL DE TRATAMIENTOS EN SALUD MENTAL.....</b>	<b>13</b>
<b>1.4</b>	<b>EVOLUCIÓN TEMPORAL DE LA DEMANDA DE ATENCIÓN EN SALUD MENTAL.....</b>	<b>15</b>
<b>1.5</b>	<b>OBJETIVO DEL ESTUDIO. ....</b>	<b>16</b>
<b>2</b>	<b>ESTADO ACTUAL DE LA CUESTIÓN .....</b>	<b>19</b>
<b>2.1</b>	<b>REVISIÓN HISTÓRICA.....</b>	<b>19</b>
2.1.1	PSIQUIATRÍA .....	19
2.1.1.1	EL ORIGEN DE LA PSIQUIATRÍA .....	19
2.1.1.2	LA DECADENCIA DE LA PSIQUIATRÍA .....	20
2.1.1.3	EL DESARROLLO DE LA PSIQUIATRÍA .....	21
2.1.1.4	LA PSIQUIATRÍA DEL SIGLO XX.....	24
2.1.2	PSICOLOGÍA.....	25
2.1.2.1	LA FILOSOFÍA COMO ORIGEN .....	25
2.1.2.2	PSICOLOGÍA CIENTÍFICA .....	26
2.1.2.3	PSICOLOGÍA CLÍNICA .....	27
2.1.3	RELACIÓN HISTÓRICA ENTRE AMBAS DISCIPLINAS .....	30
<b>2.2</b>	<b>DIFERENCIAS FORMATIVAS .....</b>	<b>34</b>
2.2.1	FORMACIÓN ESPECIALIZADA EN PSIQUIATRÍA .....	34
2.2.1.1	FORMACIÓN TRANSVERSAL: .....	35
2.2.1.2	PROPEDÉUTICA PSIQUIÁTRICA. ....	35

2.2.1.3	PROMOCIÓN DE LA SALUD MENTAL.....	35
2.2.1.4	HABILIDADES .....	35
2.2.1.5	ACTITUDES.....	36
2.2.1.6	PERIODOS FORMATIVOS.....	36
2.2.2	FORMACIÓN ESPECIALIZADA EN PSICOLOGÍA.....	38
2.2.2.1	MARCOS CONCEPTUALES, LEGALES E INSTITUCIONALES .....	39
2.2.2.2	EVALUACIÓN Y DIAGNÓSTICO CLÍNICOS .....	39
2.2.2.3	CLÍNICA DE LOS TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO.....	39
2.2.2.4	PSICOTERAPIA.....	39
2.2.2.5	OTRAS INTERVENCIONES CLÍNICAS .....	40
2.2.2.6	PSICOLOGÍA DE LA SALUD .....	40
<b>2.3</b>	<b>RELACIÓN INTERPROFESIONAL ENTRE EL PSICÓLOGO CLÍNICO Y EL PSIQUIATRA.....</b>	<b>41</b>
2.3.1	ESPAÑA.....	41
2.3.2	ESTADOS UNIDOS .....	44
2.3.3	ALEMANIA .....	46
2.3.4	INTERVENCIÓN LEGAL DEL PSIQUIATRA Y DEL PSICÓLOGO CLÍNICO.....	47
2.3.5	FINANCIACIÓN.....	49
<b>2.4</b>	<b>CONTROVERSIAS.....</b>	<b>51</b>
2.4.1	CONCEPTO DE SALUD MENTAL .....	51
2.4.2	PSICOLOGIZACIÓN DE LOS PROBLEMAS COTIDIANOS.....	52
2.4.3	AVANCES EN EL TRATAMIENTO EN LA PATOLOGÍA MENTAL .....	53
<b>2.5</b>	<b>REVISIÓN DE LA LITERATURA .....</b>	<b>54</b>
<b>2.6</b>	<b>RESUMEN.....</b>	<b>59</b>
<b>3</b>	<b>OBJETIVOS E HIPÓTESIS .....</b>	<b>63</b>
<b>3.1</b>	<b>OBJETIVOS.....</b>	<b>63</b>
3.1.1	OBJETIVO PRICIPAL.....	63
3.1.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	63



3.2	HIPÓTESIS.....	64
4	MATERIAL Y MÉTODOS .....	65
4.1	CARACTERÍSTICAS SOCIO-DEMOGRÁFICAS DEL ÁREA METROPOLITANA DE LA COMUNIDAD DE MADRID .....	65
4.2	DENSIDAD DE POBLACIÓN DE LA COMUNIDAD DE MADRID.....	67
4.3	EVOLUCIÓN DEMOGRÁFICA DE LA COMUNIDAD DE MADRID (1900-2001), POR SERIES CRONOLÓGICAS DECENALES.....	67
4.4	EVOLUCIÓN DEMOGRÁFICA DE LA COMUNIDAD DE MADRID (1991-2007), POR SERIES CRONOLÓGICAS ANUALES .....	68
4.5	MUESTRA .....	69
4.6	PROCEDIMIENTO DIAGNÓSTICO .....	73
4.7	ANÁLISIS ESTADÍSTICO .....	74
5	RESULTADOS .....	75
5.1	DESCRIPCIÓN DE LA MUESTRA .....	75
5.2	DIAGNÓSTICOS PRINCIPALES .....	78
5.3	PERFIL DE PACIENTES ATENDIDO POR PSICÓLOGOS.....	81
5.4	PERFIL DE PACIENTES ATENDIDO POR PSIQUIATRAS .....	83
5.5	PERFIL DE PACIENTES TRATADOS TANTO POR LOS PSICÓLOGOS COMO POR PSIQUIATRAS.....	85
5.6	TENDENCIAS LONGITUDINALES EN EL PERFIL CLÍNICO DE LOS PACIENTES ATENDIDOS POR PSIQUIATRAS Y PSICÓLOGOS.....	85
5.7	CARACTERÍSTICAS DEL SEGUIMIENTO EN SALUD MENTAL.....	89
6	DISCUSIÓN.....	91

6.1	DIFERENCIAS ASISTENCIALES EN FUNCIÓN DEL DIAGNÓSTICO .....	91
6.2	DIFERENCIAS EN CUANTO AL SEGUIMIENTO.....	92
6.3	DIFERENCIAS ASISTENCIALES EN CUANTO A GÉNERO .....	93
6.4	RELEVANCIA DE LOS TRASTORNOS ADAPTATIVOS.....	94
6.5	COMPETENCIAS LEGALES EN CUANTO A LA RESPONSABILIDAD DEL TRATAMIENTO .....	95
6.6	FORTALEZAS Y LIMITACIONES DEL ESTUDIO .....	96
7	CONCLUSIONES .....	97
8	APÉNDICES : .....	99
8.1	FICHAS DE IDENTIFICACIÓN.....	99
8.2	FICHA DIAGNÓSTICA .....	100
8.3	TABLAS DE CONVERSIÓN CIE-9 A CIE-10 .....	101
8.4	TABLA: CÓDIGOS CIE-10 .....	102
9	ÍNDICE DE TABLAS .....	103
10	ÍNDICE DE FIGURAS .....	104
11	REFERENCIAS .....	105

# 1 INTRODUCCIÓN

---

**Resumen:** Psiquiatras y psicólogos son los profesionales encargados de la atención de los trastornos mentales. Aunque trabajan juntos y a menudo estrechamente, su recorrido formativo y su abordaje terapéutico puede llegar a ser muy diferente. Son pocos los autores que han investigado las diferencias en la práctica clínica de psiquiatras y psicólogos. Generalmente esta relación se ha estudiado de forma transversal o de forma teórica, y no teniendo en cuenta la práctica clínica habitual.

---

## 1.1 IMPACTO DE LA ENFERMEDAD MENTAL

La enfermedad mental es uno de los principales problemas de salud pública en nuestra sociedad. Se estima que en Europa, los trastornos neuropsiquiátricos son la segunda causa de carga por enfermedad, sólo por detrás de las enfermedades cardiovasculares (Kazakovtsev, Krasnov et al. 2005). La depresión unipolar figura como la tercera causa de carga de enfermedad, detrás de la isquemia coronaria y de los accidentes cerebrovasculares, explicando el 6.2% de la carga causada por todas las enfermedades (Ministerio Sanidad 2006). En la Unión Europea, 18.4 millones de personas con edades comprendidas entre los 18 y 65 años padecen cada año una depresión (Parlamento 2006) y el 20% del gasto sanitario lo ocupan los procesos de tratamiento y rehabilitación de la enfermedad mental (Consejería de Salud 2003-2007). El coste social y económico de la enfermedad mental se calcula en torno al 4% del producto nacional bruto de la Unión Europea (Ministerio Sanidad 2006). El presupuesto para salud mental supone el 5.8% del presupuesto total en salud y las enfermedades mentales son la causa del 45-55% del absentismo laboral (Kazakovtsev, Krasnov et al. 2005; Smith 2011).

Según los datos de la estrategia en Salud Mental del Plan Nacional de Salud del 2006, en España, algo más del 15% padecerá un trastorno mental a lo largo de su vida, cifra que se incrementará considerablemente en el futuro. Más de la

mitad de las personas que necesitan tratamiento no lo reciben y de las que están en tratamiento, un porcentaje significativo no recibe el adecuado y la mortalidad por suicidio está incrementada significativamente en los enfermos mentales con respecto a la población general. La tasa de suicidio es 9 veces mayor en los trastornos esquizofrénicos, el riesgo de suicidio se multiplica por 21 en la depresión mayor, por 33 en los trastornos de alimentación y por 86 en las toxicomanías (Ministerio Sanidad 2006). En 1998, la repercusión económica de las enfermedades mentales en España tuvo un coste total, de unos 3.000 millones de euros (Ministerio Sanidad 2006).

Sicras y colaboradores (Sicras Mainar, Rejas Gutierrez et al. 2007), realizaron en el año 2004 un estudio para determinar el patrón de uso de servicios y costes en pacientes que demandaron por problemas mentales en la asistencia primaria en situación de práctica clínica habitual. Incluyeron 64.072, de los cuales 11.128 presentaron algún problema mental. Concluyeron que los pacientes que demandaron atención por algún problema mental presentaron un elevado número de comorbilidades y un mayor coste anual por paciente en el ámbito de la atención primaria.

Dada la importancia de la patología mental, la Unión Europea y el Gobierno de España han incluido la mejora de la atención a la salud mental entre sus planes estratégicos para los próximos años, adoptando un enfoque integrado que combine la promoción de la salud

mental, la prevención de los trastornos mentales, el diagnóstico y el tratamiento de pacientes, la coordinación inter e intrainstitucional, así como adoptar medidas que fomenten la inserción laboral y social de las personas que padecen estos trastornos.

Las enfermedades mentales son el resultado de complejas interacciones entre factores genéticos, neurobiológicos, psicológicos y sociales. Determinantes biológicos, psicológicos o sociales influyen en los trastornos mentales (Pingitore, Scheffler et al. 2002). Así, por ejemplo, en la esquizofrenia se han detectado alteraciones a nivel genético y en los niveles de algunos neurotransmisores. Factores psicológicos, como estilos cognitivos, estilos de personalidad, o habilidades de afrontamiento, juegan un papel importante en otros trastornos mentales, como trastornos de ansiedad o del comportamiento. En función de las causas y desencadenantes del cuadro clínico (alteraciones genéticas, desequilibrios hormonales/fisiológicos, conflictos intrapsíquicos, conflictos interpersonales, situaciones traumáticas, etc.), el paciente será atendido por uno u otro grupo de profesional o por ambos. Estas causas determinarán el tipo de abordaje terapéutico (Wyatt 1994).

## **1.2 LA ATENCIÓN DE LA SALUD MENTAL**

La democratización del acceso a los servicios sanitarios en los países desarrollados ha dado lugar a servicios permanentes de atención a la enfermedad mental. Estos servicios están formados habitualmente por dos tipos de profesionales de la salud mental con programas de formación diferenciados: psiquiatras y psicólogos.

### **1.2.1 FORMACIÓN DE PSICÓLOGOS Y PSIQUIATRAS.**

La psiquiatría es una ciencia médica básica, es la parte de la medicina que trata las enfermedades mentales y la psicología es una ciencia que se define por el estudio del comportamiento en todas sus manifestaciones y contextos. La psiquiatría y la psicología clínica coinciden en que su objeto de trabajo es el trastorno mental, de tal forma que las funciones profesionales de los psicólogos clínicos y de los psiquiatras convergen en gran medida (BOE 2008; BOE 2009).

La formación académica universitaria de ambos profesionales es diferente desde el inicio. Los psicólogos comienzan su formación estudiando el comportamiento humano, mientras que los psiquiatras estudian el ser humano enfermo. Ambas disciplinas convergen en la formación práctica, cuando el objeto de estudio es el trastorno mental. De ahí que el programa formativo práctico durante la residencia de ambas especialidades clínicas no presente diferencias muy significativas.

Durante la residencia abarcan la investigación, explicación, comprensión, prevención, evaluación, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de los trastornos mentales, así como los fenómenos y procesos psicológicos, comportamentales, y relacionales que inciden en la salud y la enfermedad de las personas, desde una concepción integral y multi-determinada de la salud y enfermedad humana. Para ello se vale de procedimientos de investigación científica contrastados y contrastables.

Desarrollan sus actividades en entornos sanitarios y socio-sanitarios públicos y privados, y en todas las etapas o fases del ciclo vital, actuando con: individuos, parejas, familias, grupos; instituciones, organizaciones y comunidad, en el entorno público y en el privado. Y contribuyen a: mejorar y/o recuperar la salud y el bienestar físico y mental de las personas; mejorar la calidad de las prestaciones y servicios públicos y privados relacionados con la salud mental y física, tanto en el ámbito de la atención

primaria como especializada; planificar nuevas prestaciones y servicios sanitarios, en especial los relacionados con la salud mental; asesorar a los poderes públicos sobre los cometidos propios de la especialidad, tanto en lo que se refiere a contenidos organizativos como clínico-asistenciales, de formación y otros y favorecer la atención sanitaria a las personas desde una perspectiva inter- y multidisciplinar (BOE 2009).

### **1.2.2 DIFERENCIAS ASISTENCIALES ENTRE PSICÓLOGOS Y PSIQUIATRAS.**

A pesar de las similitudes formativas, existe la percepción generalizada de que las diferencias entre ambas disciplinas se pueden observar en la práctica clínica habitual. Los psiquiatras atenderán en mayor proporción a los pacientes que presentan trastornos mentales de características “endógenas”, aquellos trastornos con una mayor carga biológica en su origen o que presentan mejor respuesta a psicofármacos. Los psicólogos, por el contrario, se centrarán generalmente en la resolución de los problemas asociados con determinados rasgos de personalidad, la transmisión de técnicas que disminuyan la vulnerabilidad de los pacientes (psicoeducación) y la evaluación de habilidades.

En las últimas décadas, se ha fomentado una mayor coordinación entre la actividad de psiquiatras y psicólogos, lo que podría suponer un importante beneficio. Por ejemplo, los resultados de las pruebas neuropsicológicas son utilizados por los psiquiatras para el diagnóstico diferencial y la planificación del tratamiento (Pingitore, Scheffler et al. 2002). Otro ejemplo es la combinación de tratamientos farmacológicos y psicoterapias regladas que han demostrado un efecto positivo en la evolución de los pacientes (Kapfhammer 2008; Reeves and Anthony 2009; Pratchett, Daly et al. 2011)

Hasta la fecha, sin embargo, un número muy limitado de estudios han examinado las diferencias asistenciales entre psiquiatras y psicólogos. A pesar de que existen numerosos estudios sobre la epidemiología de los trastornos mentales y se han producido avances en el tratamiento farmacológico y psicoterapéutico de estos trastornos, falta información detallada sobre las características de los tratamientos habituales en salud mental (Pincus, Zarin et al. 1999). La literatura existente (Pingitore, Scheffler et al. 2002; Scully and Wilk 2003; Wilk, West et al. 2006; Scull 2011) apoya que los psiquiatras atienden en mayor proporción que los psicólogos a pacientes con diagnóstico de esquizofrenia, trastorno bipolar y depresión; mientras que los psicólogos ven principalmente trastornos de ansiedad y tratan síntomas aislados de trastornos mentales que reciben tratamiento psiquiátrico. Por otro lado, pacientes con mayor nivel socio-cultural, empleados y con buen nivel económico, suelen recibir tratamiento psicológico con mayor frecuencia que aquellos desfavorecidos socialmente que son tratados mayoritariamente por psiquiatras y otros médicos no especialistas en salud mental (Olfson and Pincus 1996). Los perfiles clínicos de los pacientes que son tratados por psiquiatras y psicólogos clínicos no han sido estudiados en profundidad.

### **1.3 EVOLUCIÓN TEMPORAL DE TRATAMIENTOS EN SALUD MENTAL**

Wilk, JE y colaboradores, estudiaron en Arlington en el 2006, patrones de seguimiento y predictores para recibir tratamiento psicoterapéutico o no, en una muestra de 1587 pacientes atendidos por psiquiatras. En este estudio se observó que el 72% de los pacientes deprimidos recibían psicoterapia, mientras que más de la mitad de los pacientes con esquizofrenia no. Se vio que los trastornos que recibían psicoterapia

principalmente eran los trastornos depresivos, los de la conducta alimentaria y aquellos pacientes con mayor formación académica; mientras que las patologías graves, pacientes con peor nivel socio-económico y con cobertura médica por aseguradoras privadas, la probabilidad de recibir psicoterapia era escasa.

En las últimas décadas se ha producido un cambio evidente de los tratamientos en salud mental. La psicoterapia ha sido una característica definitoria de la práctica psiquiátrica y ha sido considerada un área central de la competencia en la formación psiquiátrica (Mojtabai and Olfson 2008). La formación clínica en psicoterapia, es un requisito para la residencia en psiquiatría. Además diferentes formas de psicoterapia son recomendadas por las guías de práctica profesional, ya sean solas o en combinación de fármacos para el tratamiento de varios trastornos psiquiátricos como: depresión mayor (APA 2000), trastorno de estrés postraumático (Ursano, Bell et al. 2004), trastorno bipolar (APA 2002), trastorno de pánico (APA 1998) trastorno obsesivo compulsivo (Koran, Hanna et al. 2007), trastorno por consumo de sustancias (APA 1995), trastorno de la conducta alimentaria (E.D. APA 2000) y trastorno límite de la personalidad (APA 2001). Sin embargo a pesar de la importancia tradicional de la psicoterapia en la práctica psiquiátrica y en la formación, hay indicios de un descenso significativo de su uso en las últimas décadas (Mojtabai and Olfson 2008).

Por otro lado, el tratamiento psicoterapéutico para pacientes ambulatorios y su financiación, ha sido durante mucho tiempo un tema de discusión y controversia. Los desacuerdos en la decisión de que paciente es candidato, que profesional es el terapeuta y quien es el pagador, son un tema de actualidad. Además, se sabe muy poco sobre los criterios de indicación de

un tipo u otro de tratamiento y una de las razones es que en las encuestas de salud mental no se distingue la psicoterapia de otros servicios ambulatorios de salud (Olfson, Marcus et al. 2002). Es evidente que dadas estas dificultades, no es fácil saber qué patologías son tratadas por psiquiatras, psicólogos u otros profesionales.

Históricamente, el tratamiento integral del paciente era llevado a cabo por un solo profesional (normalmente el psiquiatra). Actualmente, disponemos de fármacos con menos efectos secundarios y mejor tolerados debido a los avances en la psicofarmacología. También se ha mejorado la financiación sanitaria, se han introducido nuevas técnicas diagnósticas y se ha producido una disminución paulatina del estigma asociado a la enfermedad mental (Goldman, McCulloch et al. 1998). La evidencia científica y los cambios a nivel social o en el sistema sanitario han favorecido que en la actualidad un mismo paciente pueda ser tratado simultáneamente por diferentes profesionales para mejorar el abordaje terapéutico.

Sin embargo no está clara la repercusión clínica de las nuevas tendencias en el tratamiento de la enfermedad mental, ya que los psicoterapeutas dedican cada vez menos tiempo en el tratamiento directo con el paciente y más tiempo a cuestiones administrativas (Scully and Wilk 2003). Por otro lado, la división del tratamiento puede incrementar los costes (Goldman, McCulloch et al. 1998).

Dada la evolución de los sistemas de atención a la salud mental, que pueden suponer cambios en el ejercicio de los profesionales sanitarios sería útil considerar la formación del residente en psicoterapia desde un nuevo enfoque que busque una mayor efectividad, ya que la tendencia consiste en reducir significativamente el tiempo directo con el paciente (Dewan 1999).

#### 1.4 EVOLUCIÓN TEMPORAL DE LA DEMANDA DE ATENCIÓN EN SALUD MENTAL.

La utilización de registros de base poblacional en epidemiología psiquiátrica ha permitido realizar análisis que de otro modo no habrían sido posibles. Por ejemplo, el uso de registros de casos nos permite estudiar la estabilidad diagnóstica de los trastornos psiquiátricos en la práctica clínica (Baca-García, Perez-Rodriguez et al. 2007) o la evolución del trastorno bipolar en la práctica clínica (Baca-García, Perez-Rodriguez et al. 2007; Lopez, Baca et al. 2008).

La definición de enfermedad mental, determina tanto la demanda como la necesidad de tratamiento, y también el profesional responsable de proporcionarlo. Precisar un concepto general de enfermedad mental (Hafner 1989), es un problema antiguo pero que sigue presente en la actualidad. De acuerdo con la definición de la Organización Mundial de la Salud (OMS), la enfermedad mental ha de ser distinguida conceptualmente de la salud y es necesario diferenciarla cuidadosamente de las desviaciones de la normalidad que no suponen enfermedad. Según la OMS, el concepto de salud mental se basa en dos polos complementarios: a) el bienestar y la satisfacción con la propia vida, conceptos que han desembocado en un intento de definición sincrética bajo el nombre de “calidad de vida”, y b) la presencia en el individuo de un complejo de capacidades y estrategias de conducta que le permitan afrontar con éxito una reducción de los riesgos de enfermar y la generación de un estilo de vida satisfactorio.

Más allá del marco teórico, la definición de enfermedad mental ha de ser trasladada a la práctica clínica, y la limitación de los recursos conlleva necesaria e inevitablemente la limitación de las prestaciones asistenciales. En la práctica clínica nos enfrentamos a una demanda, en la que nos es difícil

delimitar la enfermedad mental de las desviaciones no enfermas, que es lo que debemos tratar y que no y quién debe tratar. El actual incremento de los trastornos de adaptación (Baca Baldomero 1995; Barsky and Borus 1995), corrobora dicha predicción y refleja la tendencia actual sociocultural de la psicologización y medicalización cada vez mayor de las dificultades cotidianas (Pridmore 2008).

El paciente entiende como enfermedad el malestar cotidiano y la tolerancia a síntomas leves y a enfermedades benignas está muy reducida, lo que disminuye el umbral para solicitar atención médica (Barsky and Borus 1995).

Este incremento de la demanda para tratar las angustias cotidianas, también tiene una peculiaridad, que es que el paciente demanda un tipo de tratamiento que se asemeje al de las enfermedades médicas, rápido, eficaz y sin la implicación del propio paciente en la resolución de aquellos conflictos que están produciendo el síntoma. Si unimos esta cuestión con las limitaciones para la prestación de asistencia sanitaria, particularmente de las intervenciones psicoterapéuticas, podemos explicarnos el aumento de la medicalización y el progreso en el campo de la psicofarmacología. Tal es este progreso, que en la actualidad, la investigación a nivel farmacogenético ha proporcionado evidencia del potencial que puede suponer usar información genética para mejorar la respuesta al tratamiento en psiquiatría.

Un ejemplo de esta tendencia son los tests genéticos ya disponibles en el mercado para su uso comercial y clínico, y que están diseñados para determinar el perfil metabólico del paciente, predecir el nivel de eficacia del fármaco o para estimar el riesgo de desarrollar efectos secundarios (Arranz and Kapur 2008).

### 1.5 OBJETIVO DEL ESTUDIO.

Dada la importancia que representa la enfermedad mental dentro de los problemas de salud y la repercusión a nivel económico, social, familiar y laboral, es fundamental analizar, desde el punto de vista profesional, cual es la realidad clínica y no teórica. Esto va a permitir mejorar la calidad asistencial y poder ajustar la demanda y los recursos asistenciales de forma eficiente. Para esto tendremos que saber que patrones clínicos atendemos los diferentes profesionales, en qué proporción y cómo cambian a lo largo de los años.

En el presente estudio examinamos de forma longitudinal durante un largo período de tiempo (1980-2008) alrededor de 10 millones de visitas a centros de salud mental que han sido atendidas tanto por psiquiatras como por psicólogos. En primer lugar, estos datos nos servirán para describir la evolución de la atención sanitaria a la salud mental en la Comunidad Autónoma de Madrid durante los últimos 30 años. Nuestro objetivo principal sin embargo es analizar las diferencias en la práctica real entre ambos conjuntos de profesionales, psiquiatras y psicólogos, responsables de la atención a la salud mental en nuestro sistema sanitario. Aunque nuestros datos no nos permitan alcanzar conclusiones definitivas sobre la manera de organizar la asistencia sanitaria en salud mental, si nos permitirán reflexionar sobre las diferencias entre los grupos de profesionales y su relevancia en el seguimiento de los pacientes con problemas de salud mental.

Lo novedoso de nuestro estudio, es que nos va a permitir extraer conclusiones de la práctica real, ya que contamos con una amplia muestra poblacional que refleja directamente la práctica habitual de los centros de salud mental. La población de la que procede la muestra, proviene de un área metropolitana formada por zonas sanitarias muy amplias y con gran diversidad a nivel social, económico y

cultural. Debido al gran número de centros de salud que forman parte del estudio, contamos con la aportación clínica de numerosos profesionales, y por tanto de una gran diversidad de enfoques diagnósticos y terapéuticos. La amplitud de la muestra hace que los resultados sean un mejor reflejo de la práctica clínica real y provean una aproximación más precisa que los estudios clínicos de casos con muestras de menor tamaño. Aunque en la literatura existen estudios que examinan las diferencias asistenciales entre psiquiatras y psicólogos, ninguno se acerca tanto a la realidad de la práctica clínica, porque: a) los estudios que más se aproximan al nuestro, obtienen los datos a través de encuestas de profesionales o de pacientes y no valoran directamente datos reales de la actividad asistencial. Son estudios trasversales, de muestras pequeñas, a expensas de errores de los informantes no especialistas (Olfson and Pincus 1996; Olfson, Marcus et al. 2002; Pingitore, Scheffler et al. 2002; Virués 2003); b) otros centran el estudio en la valoración de un tipo de tratamiento como la psicoterapia (Olfson, Marcus et al. 2002; Wilk, West et al. 2006; Mojtabai and Olfson 2008) y c) varios estudios tienen como objetivo valoraciones económicas (Olfson and Pincus 1996; Goldman, McCulloch et al. 1998; Scully and Wilk 2003).

En el sistema público de salud, la financiación sanitaria determina qué profesional trata cada tipo de patología. En la actualidad las psicoterapias de medio y largo plazo suelen aplicarse a nivel privado, ya que en los sistemas públicos no hay recursos para ello. Por el contrario, en los sistemas públicos, donde el volumen de población atendida es mayor, se aplican intervenciones psicoterapéuticas breves y sobre todo farmacológicas.

La influencia de los cambios sociales en la demanda de atención clínica es algo de vital importancia para el tratamiento de la patología mental. Los cambios en la



demanda se reflejan en la asistencia sanitaria y en el tipo de asistencia, lo que implicará un ajuste en la atención clínica y para ello hay que tener datos reales de lo que ocurre en la actividad asistencial, que es lo que pretendemos mostrar con nuestro estudio.



## 2 ESTADO ACTUAL DE LA CUESTIÓN

---

**Resumen.** La psiquiatría y la psicología estuvieron muy distanciadas en sus orígenes históricos. La psiquiatría formaba parte de la medicina y por tanto relacionada con la enfermedad, mientras que la psicología tuvo su origen en la filosofía. A lo largo de los siglos, ambas disciplinas han ido acercando conocimientos hasta llegar a nuestro días como dos especialidades cuyo objeto de estudio y tratamiento es la enfermedad mental.

---

### 2.1 REVISIÓN HISTÓRICA

A lo largo de la historia, las enfermedades mentales, en mayor medida que otros trastornos, han sido relacionadas con la magia y la religión. Su condición misma de enfermedad se ha cuestionado continuamente, ya sea atribuyéndoles un origen diabólico, en los tiempos antiguos, o un origen netamente social en la mucho más reciente antipsiquiatría. Sin embargo, durante los últimos siglos se ha avanzado tanto en el estudio de la parte biológica, genética, neurofisiológica, y epidemiológica de las enfermedades mentales, como en la uniformización de criterios diagnósticos. No puede pasar desapercibida la naturaleza psicológica y social de los trastornos psiquiátricos y por tanto, la importancia de un tratamiento psicoterapéutico. De hecho, una corriente de la Psiquiatría tiene una marcada orientación psicosocial, de gran confluencia y afinidad con el enfoque que le es propio a la Psicología Clínica. En este sentido, numerosas innovaciones psicoterapéuticas fueron desarrolladas tanto por psicólogos como por psiquiatras.

#### 2.1.1 PSIQUIATRÍA

El estudio de las enfermedades mentales ha sufrido avatares terminológicos, políticos y científicos a lo largo del tiempo. Nació como alienismo en medio de la Revolución Francesa, se transformó en medicina mental con el crecimiento del conocimiento anatómico-clínico y luego pasó finalmente a ser psiquiatría con Kraepelin y Magnan. El término es utilizado por primera vez por

Johann Cristian Reil en 1803 (Binder, Schaller et al. 2007). La psiquiatría es la especialidad médica dedicada al estudio de la enfermedad mental con el objetivo de prevenir, evaluar, diagnosticar, tratar y rehabilitar a las personas con trastornos mentales y asegurar la autonomía y la adaptación del individuo (Hales 2009).

La psiquiatría se maneja dentro de un amplio campo, en estrecha relación con: 1) la patología médica general, 2) la neurología, con la que comparte una base neurofisiológica cada vez más amplia, 3) la psicología, principalmente en el área de Psicología médica y Psicopatología Clínica; y 4) la sociología, en la búsqueda de elementos psicopatógenos ambientales y sociales. Todas ellas se diferencian claramente de la psiquiatría, pero todas a su vez, mantienen importantes conexiones con el cuerpo doctrinario de la misma.

A continuación un estudio simplificado de la historia de la psiquiatría:

##### 2.1.1.1 EL ORIGEN DE LA PSIQUIATRÍA

Las **antiguas civilizaciones** tenían una concepción mágico-animista o demonológica de gran parte de las enfermedades, en especial de los trastornos psíquicos. Es así como en Mesopotamia los primeros médicos babilonios fueron los sacerdotes de Assipu, que se ocupaban de las enfermedades internas y, especialmente, de las afecciones mentales, que eran consideradas como posesiones demoníacas y tratadas con métodos mágico-religiosos.

Los dos papiros **egipcios** más importantes referentes a medicina datan de 1550 a.C. y son el papiro de Ebers y el de Edward Smith; en este último se reconoce, por primera vez en la historia, al cerebro como localización de las funciones mentales. Los egipcios describieron el trastorno emocional denominado luego como histeria por los griegos, atribuyéndolo a una malposición del útero. Como tratamiento fumigaban la vagina con la intención de devolver al útero a su posición original.

En la época grecorromana, la psiquiatría experimenta un importante desarrollo. Los **griegos** fueron los primeros en estudiar las enfermedades mentales desde el punto de vista científico, separando el estudio de la mente de la religión, es decir, atribuyeron las enfermedades psíquicas a un origen natural. Emplearon tres tratamientos psicológicos: inducción del sueño, interpretación de los sueños (a cargo de sacerdotes) y el diálogo con el paciente.

**Hipócrates** (460-370 a.C.) ubicó en el cerebro la capacidad para pensar, sentir o soñar. También fue pionero en describir y clasificar racionalmente enfermedades como epilepsia, manía, paranoia, delirio tóxico, psicosis puerperal, fobias e histeria. Más tarde **Aristóteles** (384-322 a. De C.) continuó con las concepciones hipocráticas acerca de las perturbaciones de la bilis, mientras que su maestro **Platón** (427-347 a.C.) consideró que los trastornos mentales eran en parte orgánicos, en parte éticos y en parte divinos, clasificando la locura en cuatro tipos: profética, ritual, poética y erótica.

Los **romanos** postularon que las pasiones y deseos insatisfechos actuaban sobre el alma produciendo enfermedades mentales. Entre sus máximos exponentes en ésta área se encuentra **Celso** (25 a.C. - 50 d.C.), conocido como Hipócrates latino, quien dividió las enfermedades en locales y

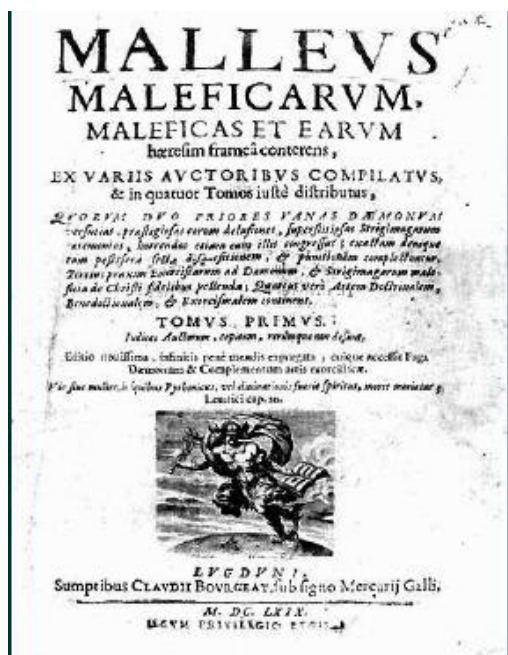
generales. Dentro de estas últimas incluyó las enfermedades mentales, que a su vez dividió en febriles (delirios) y no febriles (locura). **Areteo** (50-130 d.C.), que hizo descripciones clínicas de diversas enfermedades y se preocupó por el bienestar de los pacientes, encontró que la manía y la melancolía podían presentarse como parte de una misma enfermedad. Fue el primero en hablar de personalidades pre-psicopáticas; así, concluyó que las personas propensas a la manía eran irritables y violentas, en tanto que las propensas a la melancolía eran de carácter depresivo. Adelantándose a Kraepelin, sostuvo que el pronóstico es determinante en la naturaleza de la enfermedad.

#### 2.1.1.2 LA DECADENCIA DE LA PSIQUIATRÍA

En la **edad media** la psiquiatría sufre una involución. La iglesia excluyó a la psiquiatría de la medicina, pero no pudo abolirla, pues reapareció bajo el nombre de **demonología**. Renació el primitivismo y la brujería, con lo que reapareció el modelo extranatural de la enfermedad mental (Porter 1989; Porter 1989; León Castro 2005). En este tiempo destacaron algunos médicos árabes como Razés (865-925), conocido como el "Galeno persa", quién se opuso a las explicaciones demonológicas de las enfermedades

**El renacimiento**, se convirtió en uno de los capítulos más nefastos en la historia de la psiquiatría. En 1486, los teólogos alemanes **Heinrich Kramer** y **Johann Sprenger**, con el apoyo del papa, publicaron el "Malleus maleficarum" (El martillo de las brujas), referente a una conspiración contra el cristianismo, dando lugar a una cacería de brujas que condujo a la muerte a miles de personas, la gran mayoría mujeres, atribuyendo a la vez la causa de todas las enfermedades mentales al demonio. El tratamiento prescrito para la enfermedad

mental fue entonces la tortura (Kramer H 1975).



En este periodo acontecen también algunos hechos muy positivos, como la **Primera Revolución Psiquiátrica**, consistentes en la fundación del primer hospital psiquiátrico del mundo, en Valencia en 1409, por el sacerdote **Fray Juan Gilbert Jofré**. Luego desde 1412 a 1489 se fundaron en España cinco centros similares y en 1567 se formó el primer centro mental en el Nuevo Mundo (México).

**Paracelso** (1493-1541) se opuso duramente a las creencias médicas de su época y rechazó la demonología. Así también lo hizo Vives (1492-1540), considerado como el padre de la psiquiatría moderna y primer psiquiatra. En la **época barroca** tienen lugar grandes avances en múltiples áreas de la medicina (histología, fisiología, anatomía, etc.), pero la psiquiatría no presentó grandes cambios. Los pacientes psicóticos permanecían recluidos en asilos, pues se les consideraba alienados. Surgen aquí dos médicos ingleses, **Sydenham** (1624-1689) y **Willis** (1621-1675), quienes plantean que la histeria no sería una enfermedad del útero, sino del cerebro,

y que existe también la histeria masculina (Dewhurst 1962).

En 1656, un edicto en Francia estableció asilos para insanos. Sus directores estaban autorizados para detener personas indefinidamente. En estos asilos se recluyeron enfermos mentales junto con indigentes, huérfanos, prostitutas, homosexuales, ancianos y enfermos crónicos, a lo que se sumaba que debían soportar tratamientos inhumanos: eméticos, purgantes, sangrías. Muchas veces sufrían también torturas.

### 2.1.1.3 EL DESARROLLO DE LA PSIQUIATRÍA

Alrededor de 1800 comienza en Francia la Psiquiatría Científica, con la obra del médico y reformador francés Philippe Pinel (1745-1826), quien plantea que no deben construirse nuevas hipótesis sino limitarse a la observación y descripción de hechos. La contribución fundamental de Pinel fue cambiar la actitud de la sociedad hacia los enfermos mentales para que sean considerados como seres humanos merecedores de un tratamiento médico (Marietan, H. 1990).



**Philippe Pinel en La Salpêtrière (Asilo de París para mujeres locas), liberando de sus cadenas a una paciente. Cuadro de Robert Fleury (1795).**

Pinel llamó a su labor "tratamiento moral", y muchos de sus principios conservan su valor hasta hoy (Weiner 2000). En su obra "Tratado de la Insania" (1801), clasificó las enfermedades mentales en cuatro tipos: manía, melancolía, idiocia y demencia, explicando su origen por la herencia y las influencias ambientales. Con la obra de Pinel y sus seguidores, como Esquirol, la psiquiatría se libera de las interpretaciones demonológicas y se sustituye la especulación por la observación empírica, originándose así la **Segunda Revolución Psiquiátrica** (Bercherie 1986).



Philippe Pinel

**Esquirol** (1782-1840), discípulo de Pinel, fue el psiquiatra más influyente de esta época. Continuador de la terapia moral, consideraba al asilo como el arma más poderosa contra la enfermedad mental. En su libro "Enfermedades mentales: un tratado de insania" (1838), acuñó el término alucinación, que diferenció de la ilusión. Además, clasificó las insanias en "monomanía" (insanias parciales, como la paranoia) y "manía general" (similar al delirium); a la monomanía asociada con depresión la llamó "lipemanía". También inauguró el primer curso de psiquiatría. Entre sus principales seguidores tenemos a **Jean Pierre Falret** (1794-1870) y **Jules Baillarger** (1809-1890), que describieron la "insania circular", y

**Jacques Joseph Moreau de Tours** (1804-1884), que fue el primero en describir un cuadro psicótico inducido por una droga (el hashish) (Alexander F 1966).

El neurólogo francés **Jean Martin Charcot** (1825-1893), diferenció entre las pacientes con lesiones orgánicas y aquéllas cuyos síntomas eran de origen psicológico o "histérico". Fue también el primero en estudiar la función del trauma psicológico en el origen de la histeria, suponiendo que los recuerdos traumáticos se almacenan en el inconsciente, separados de la conciencia, y dan lugar a los síntomas físicos.

Otros autores importantes de esta época fueron: Johann Reil (1759-1813), alemán, creador de la psicoterapia racional y fundador de la primera revista psiquiátrica, fue también el primero en utilizar la palabra "psiquiatría"; Benjamin Rush (1745-1813), reconocido como el "padre de la psiquiatría norteamericana"; Joseph Adams (1756-1818), inglés, sostuvo que se hereda la susceptibilidad a la enfermedad y no la enfermedad en sí, con lo cual permitió pensar en prevención y curación; Johann Christian Heinroth (1773-1843), alemán, el primero en utilizar el término "psicosomático"; James Cowles Pritchard (1786-1848), inglés, dijo que la actitud antisocial es una forma de enfermedad mental, describiendo lo que luego se denominó psicopatía; Wilhem Griesinger (1817-1868), alemán, proclamó que las enfermedades mentales son patologías cerebrales; Carl Wernicke (1848-1905), alemán, seguidor de Griesinger, intentó localizar fenómenos psiquiátricos en estructuras cerebrales; Walter Cooper Dendy (1794-1871), inglés, introdujo el término "psicoterapia", al que definió como prevención y remedio mediante influencia psíquica; John Conolly (1794-1866), inglés, en su obra

“Tratamiento de la insania sin restricciones mecánicas” (1856) insistió en la eliminación de los tratamientos coercitivos; Daniel Hack Tuke (1827-1895), bisnieto de William Tuke, autor, junto con John Charles Bucknill (1817-1895), del primer texto completo de psiquiatría.



Jean Martin Charcot, en el asilo de la Salpêtrière, en París, asistido por su alumno Joseph Babinski, durante un “rpto hístico” de la paciente “Blanche” (Marie) Wittman. Cuadro de André Brouillet (1887), conservado en la universidad de París.

La decadencia de la psiquiatría francesa comienza con la “teoría de la degeneración” de **Morel** (1809-1873), quién en su Tratado de enfermedades mentales (1860) postuló que algunas enfermedades mentales podían heredarse. Introdujo la denominación de “demencia precoz” para referirse a la actual esquizofrenia.

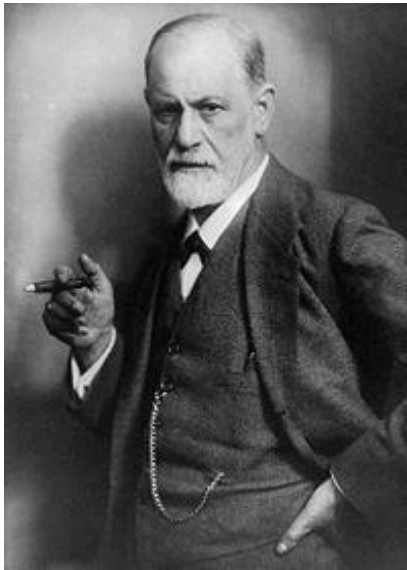
Otros exponentes de esta teoría fueron: **Valentin Magnan** (1835-1916), francés, uno de sus iniciadores; **Richard von Krafft-Ebing** (1840-1902), alemán, en su obra “Psicopatía sexual” (1886) describió varios casos de perversiones sexuales y los atribuyó a degeneración, siendo considerado como el fundador de la sexología; **Cesare Lombroso** (1836-1909), italiano, autor

de “El hombre delincuente” (1876) y “La mujer delincuente” (1893), donde sostuvo que la criminalidad representa un fenómeno biológico producto de la degeneración, identificable a partir de la fisonomía, induciendo la creación de una escuela de antropología criminal, de donde se desarrolló la criminología.



Emil Kraepelin

A mediados del siglo XIX ocurre la **Tercera Revolución Psiquiátrica**, con las concepciones de **Kraepelin** (1856-1926): hay que acercarse al lecho del enfermo y observarlo, y de **Freud** (1856-1939): hay que escuchar al enfermo y comprenderlo. Así Kraepelin valoró especialmente la investigación clínica, sobre la especulación teórica y la anatomía patológica, dando especial valor al estudio del curso completo de la enfermedad. Por su parte Freud continúa los estudios de Charcot, y formula una teoría estructural de la mente inconsciente. En 1896 crea el “psicoanálisis” para referirse a su técnica de asociaciones libres e interpretación de sueños con el propósito de traer a la conciencia los recuerdos traumáticos del pasado almacenados en el inconsciente. Fue el creador también de la teoría de la personalidad y describió los mecanismos mentales de defensa del yo.



Sigmund Freud

#### 2.1.1.4 LA PSIQUIATRÍA DEL SIGLO XX

La psiquiatría alcanzó su máximo desarrollo durante el siglo XX, con las clasificaciones internacionales, las diferentes psicoterapias y con la aparición de la psicofarmacología.

El suizo **Eugen Bleuler**, en su libro "Demencia precoz o el grupo de las esquizofrenias" (1911), afirmó que, como no todos los casos de demencia precoz evolucionan hacia la demencia, era más apropiado usar el término "esquizofrenia". Mencionó cuatro síntomas fundamentales en esta enfermedad: autismo, ambivalencia y alteraciones en la asociación y afectividad.



Eugen Bleuler

El alemán **Karl Jaspers** (1883-1969) realizó un estudio fenomenológico exhaustivo de la mente humana. Influyó notablemente en la psicopatología y en la psicoterapia en general.

El alemán **Ernst Kretschmer** (1888-1964) describió dos tipos corporales: leptosómico y pícnico, los cuales vinculó con la esquizofrenia y la psicosis maniaco-depresiva, respectivamente. Destaca por sus investigaciones sobre la relación que existe entre el temperamento y la constitución corporal. La labor de Kretschmer se orientó en tres direcciones: las investigaciones constitucionales, los problemas de psicología médica y psicoterapia, y la investigación psiquiátrica. Estos trabajos se hallan expuestos en sus libros: "Constitución y carácter", "Psicología Médica", "Hombres geniales", "Delirio sensitivo-paranoide", "Histeria, reflejo e instinto" y "Estudios psicoterapéuticos".

La figura dominante de la psiquiatría norteamericana, **Adolf Meyer** (1866-1950), desarrolló un concepto psicobiológico de la psiquiatría, que integraba aspectos biológicos y psicológicos en la génesis y tratamiento de los trastornos mentales. Autor de *Psicobiología: una ciencia del hombre* (1957).

El alemán **Kurt Schneider** (1887-1967), autor de "Psicopatología clínica" (1959), implementó los enfoques descriptivo y fenomenológico de Kraepelin y Jaspers, respectivamente. Dividió los síntomas de la esquizofrenia en primarios (conocidos ahora como schneiderianos) y secundarios.

**Alfred Adler** (1870-1937) fue el primer psicoanalista en diferenciarse de las ideas de Freud, fundando la escuela de psicología individual. Acuñó las expresiones "estilo de vida" y "complejo de inferioridad".

Posteriormente el psicoanálisis comienza a desgranarse en múltiples



escuelas, siendo los primeros en desligarse de Freud: Ana Freud, Carl Jung, y Melanie Klein.

En la década de los 60, surge en Inglaterra la llamada **antipsiquiatría** como movimiento social, teniendo como iniciadores a **Ronald D. Laing** (1927-1989), con su obra “El yo dividido” (1960), y **David G. Cooper** (1931), autor de “Psiquiatría y antipsiquiatría” (1967) y “La muerte de la familia” (1971). Este movimiento cuestionó a la familia y al estado, convirtiendo a la enfermedad mental en un mito, un rótulo arbitrario utilizado para descalificar a ciertas personas, siendo los psiquiatras instrumentos del poder opresivo (Marietan H. 1990).

Con estas ideas, los antipsiquiatras fundaron la institución Kingsley Hall (1965-1970), en donde los supuestos enfermos podían realizar libremente sus “viajes” regresivos. En Italia, **Franco Basaglia** (1924) influyó en la promulgación de la ley 180, que cerró los hospitales psiquiátricos. La antipsiquiatría tuvo una existencia efímera.

Otros tratamientos utilizados a lo largo del siglo XX han sido: la inducción de malaria en pacientes con parésias generales, el coma insulínico, el electrochoqu y la psicocirugía.

En el ámbito de la Psicofarmacología, en 1952 los psiquiatras franceses **Jean Delay** (1907-1987) y **Pierre Deniker** (1917-1998) demostraron las propiedades antipsicóticas de la clorpromazina, el primer tratamiento realmente efectivo contra la esquizofrenia, por lo que se considera el año en que se produce la **Cuarta Revolución Psiquiátrica**. En los siguientes años aparecieron nuevos antipsicóticos fenotiazínicos y de otros grupos. En 1960 se sintetizó la clozapina, el primero de los denominados antipsicóticos atípicos. En 1957 el psiquiatra suizo **Roland Kuhn** (1912) y el psiquiatra norteamericano

**Nathanial Kline** (1916-1983), demostraron respectivamente los efectos antidepresivos de la imipramina (del grupo de los tricíclicos) y de la fenelzina (del grupo de los inhibidores de la monoaminooxidasa). En 1987 se introdujo la fluoxetina, el primer inhibidor selectivo de la recaptación de la serotonina. La aparición de los psicofármacos ha significado la mayor revolución en el campo de la psiquiatría, llegando a convertirse en parte imprescindible del tratamiento de muchas enfermedades psiquiátricas, como la esquizofrenia, los trastornos afectivos mayores, el trastorno obsesivo-compulsivo y otros trastornos de ansiedad. Actualmente existe una gran variedad de psicofármacos, buscándose cada vez mayor eficacia y selectividad de acción, con menos efectos colaterales.

Al comenzar el siglo XX, sólo se conocían cinco fármacos con propiedades sedantes: bromuro (introducido en 1853), hidrato de cloral, paraldehído, uretano y sulfonal. La aparición del fenobarbital en 1912, dio lugar a la síntesis de 2500 barbitúricos, de los cuales 50 se utilizaron comercialmente. En 1957 se sintetizó el clordiazepóxido. Durante la década de los '60, los barbitúricos fueron desplazados por las benzodiazepinas.

Fue en 1948 cuando el psiquiatra australiano **John Cade** (1912-1980) describió los efectos del litio para el tratamiento de pacientes maníacos. Debido a los temores que despertaba este elemento por su toxicidad, hasta 1970 no fue aprobado por la FDA en los Estados Unidos.

## 2.1.2 PSICOLOGÍA

### 2.1.2.1 LA FILOSOFÍA COMO ORIGEN

La psicología como muchas otras disciplinas (astronomía, química, fisiología, zoología, botánica) en sus orígenes formó parte de la filosofía.

Uno de los grandes escollos a los que ha tenido que hacer frente el estudio científico en psicología, es el carácter trascendental y espiritual que se le ha atribuido al ser humano. La idea de la existencia del alma junto con la propia dificultad que entraña el estudio del hombre, provocó que este estudio no fuera posible hasta bien entrado el siglo XIX. También es importante la evolución de la concepción cosmológica del hombre, ya que ha influido en su pensamiento, sus teorías y actuaciones. Según **Ortega y Gasset** hemos pasado de una visión cosmocéntrica durante la vida antigua (enfatisa el cosmos) al teocentrismo en la época medieval (Dios como centro del Universo) y ahora, la época moderna se caracteriza por una visión antropocéntrica. Por este motivo los objetos de estudio del hombre varían en función de sus inquietudes, sus creencias y necesidades. Este cambio también ha propiciado el desarrollo del estudio del hombre hasta el más mínimo detalle.

El término psicología procede de las palabras griegas *logos* (tratado o estudio) y *psykhé* (alma o mente). No es hasta la época renacentista cuando aparece explícitamente escrito el término “Psychologia” de la mano de humanistas como **Marulic**, **Melanchton** o **Göcklen**, que la utilizaron para referirse al estudio de la dimensión mental diferenciándola de la dimensión corporal o somática. La generalización del uso de este término se produjo unos cien años más tarde de la mano de **Wolf** (1689-1754) que la popularizó al establecer la diferencia entre psicología empírica y racional.



**Christian Wolff**

El interés fundamental de la psicología fue demostrar que los fenómenos psíquicos o mentales eran susceptibles de ser medidos de forma sistemática. La psicología científica se distanció así de la denominada psicología filosófica. Quería obtener datos empíricos para fundamentar sus teorías y ello la condujo irremediablemente al trabajo en el laboratorio donde podía obtener medidas experimentales. En el experimento encontró la forma apropiada de recolectar los datos y pudo controlar al máximo, los factores subjetivos y aquellas variables que podían interferir en los resultados.

#### 2.1.2.2 PSICOLOGÍA CIENTÍFICA

Leipzig, Alemania, 1879, fue el momento temporal que se ha establecido como el inicio de la psicología experimental en el mundo, y fecha de creación del primer laboratorio de psicología científica. Se le atribuye a **Wilhelm Maximilian Wundt** (1832-1920) médico-filósofo que institucionalizó la psicología como disciplina académica.



**Wilhelm Wundt**

Su labor puede resumirse en: establecimiento de una definición para psicología; planteamiento de un objeto de estudio y los problemas que debían ser resueltos; una metodología a utilizar y fundación del primer laboratorio psicológico. Comenzó en 1879 como un instituto estrictamente privado apoyado con dinero de su propio bolsillo hasta 1881. Finalmente, en 1885, fue reconocido oficialmente por la universidad e incluido en su catálogo oficial; y por último, creó un órgano de difusión, la revista *Philosophische Studien* para la divulgación de los trabajos científicos.



**Universidad de Leipzig**

### 2.1.2.3 PSICOLOGÍA CLÍNICA

La Psicología Clínica es uno de los campos profesionales de la Psicología, entre otros. De la historia de la

Psicología Clínica importa tener presente los siguientes hitos que han ido conformando su desarrollo y estado actual. Si hubiera que dar una fecha de bautizo de la Psicología Clínica ésta sería 1896, cuando **Lighner Witmer** funda en la Universidad de Pennsylvania la primera clínica con el nombre precisamente de *psicología clínica*. De esta manera, se empezó a definir un papel clínico del psicólogo hasta entonces caracterizado, sobre todo, como científico. El caso es que el propio Witmer había hecho su tesis doctoral con Wundt en Alemania (como también había trabajado con Wundt el padre de la psiquiatría, Emil Kraepelin). La clínica de Witmer empezó por ofrecer tratamiento para deficiencias del desarrollo infantil sobre la base terapéutica de un re-aprendizaje. El papel terapéutico propuesto por Witmer es muy similar al papel del terapeuta de conducta de hoy día (una de las principales orientaciones de la Psicología Clínica). La clínica terminó por desarrollar lo que su fundador denominara *método clínico*, una suerte de formación de los estudiantes en psicodiagnóstico y aplicación terapéutica (ofrecida por la Universidad de Pennsylvania en 1904-1905).



**Universidad de Pensilvania**

Esta primera clínica se concibió como una institución de servicio público y pronto otras universidades fundaron las suyas. Finalmente, Witmer sería

también fundador en 1907 de la primera revista de Psicología Clínica (*The Psychological Clinic*).

La fecha de 1896 es significativa también por ser el año en el que **Sigmund Freud** pusiera el nombre psicoanálisis a su propio método clínico. Es interesante reparar en que Freud y el psicoanálisis recién bautizado supusieron una ruptura con la tradición neuropatológica y el comienzo de un nuevo enfoque que bien puede inscribirse como Psicología Clínica. El conocimiento con base en la *mirada biológica*, que se había mostrado inútil para explicar la neurosis, Freud pasa a una forma de conocimiento con base en la *escucha biográfica*, lo que habría de permitir una concepción propiamente psicológica, con su psicopatología y psicoterapia. Freud afirmará más adelante que el psicoanálisis no es cosa de la medicina.



El famoso diván de Sigmund Freud, conservado en el Freud Museo de Londres

En los primeros años del siglo XX aparecen innovaciones psicodiagnósticas debidas a las pruebas para la medida de la inteligencia desarrolladas por **Alfred Binet**, dando lugar a las célebres escalas Binet-Simon y Stanford-Binet. Luego vendrían las escalas debidas a **Arnold Gesel** y a **David Wechsler**. Tampoco puede faltar aquí la referencia a **Charles Spearman** y **Edward Lee Thorndike** al hablar de la medida de la inteligencia. En esta misma línea de desarrollo de pruebas

psicodiagnósticas se citaría, ya en los años cuarenta, el MMPI (Minnesota Multiphasic Personality Inventory, construido por el psicólogo **S. Hathaway** y el psiquiatra **J. C. McKinley**). Entre las pruebas proyectivas, aparte del Rorschach, disponibles desde los años veinte, se desarrollaría el TAT (Thematic Apperception Test) de **C. D. Morgan** y **H. Murray**, presentado en 1935.

En plena expansión del psicoanálisis el ruso **Pavlov** (1849-1936) en sus experimentos sobre conducta aprendida y no aprendida da origen al Conductismo o Psicología del Comportamiento.

Se desarrollan también otro tipo de psicoterapias, como es la psicoterapia centrada en el cliente de **Carl Rogers** (1902-1987), donde responsabiliza al paciente por sus sentimientos y evolución de su terapia; la terapia gestáltica de **Fritz Perl** (1893-1970) busca el alivio terapéutico de una experiencia dolorosa para el tratamiento de la neurosis; el análisis transaccional de **Eric Berne** (1910-1970), que postula que los padres crean un libreto de vida en la primera infancia que conforma e inhibe la vida del sujeto, por lo que la terapia busca descifrar ese guión.

A pesar de que ambos fundadores de la Psicología Clínica (Witmer y Freud) incluían el tratamiento como una de sus principales funciones, lo cierto es que el psicodiagnóstico, así como la investigación, fueron las mayores señas de identidad del psicólogo clínico en estos primeros tiempos. De hecho, la imagen del psicólogo como científico o investigador del funcionamiento psicológico era su identificación primera, como así se reflejaba en la American Psychological Association, dominada por psicólogos académicos (científicos). Sin embargo, esta vertiente aplicada llevó a los psicólogos clínicos en 1917 a crear su propia asociación, la American Association of Clinical

Ahora bien, la Psicología científica y académica no dejó de ofrecer conocimientos relevantes al tratamiento psicológico. Desde 1913, con el manifiesto de **J. B. Watson**, el conductismo revolucionó el campo de la psicología, siendo denominado el toque moderno de la Psicología. Esto supuso el gran desarrollo de la Psicología del Aprendizaje, relativo a cómo los humanos aprenden las conductas que tienen, de la que derivarían numerosas técnicas terapéuticas. Así pues, algunas técnicas psicoterapéuticas estaban disponibles desde los años veinte. Si bien no sería hasta los años cincuenta cuando alcanzan mayor importancia con la terapia de conducta. Se ha de recordar que esta lógica del aprendizaje está en línea con la Psicología Clínica fundada por Witmer.

Es así que, a finales de la década de 1930, los psicólogos clínicos desempeñaban con mayor frecuencia funciones terapéuticas, además de la función psicodiagnóstica tradicional. Se trataba fundamentalmente, de entrevistas terapéuticas y de actividades psicoeducativas y de asesoramiento. En esta época, finales de los años treinta, aparecen los primeros programas de formación de postgrado para psicólogos clínicos (en las



Dada esta necesidad social, se habilitó entonces un sistema de formación en Psicología Clínica, con toda una serie de requisitos avalados por la American Psychological Association y por instituciones estatales como el National Institute of Mental Health y el U. S. Public Health Service. Esta formación en Psicología Clínica se conocería como el *modelo Boulder* por la localidad donde se celebró la conferencia que estableció este sistema. Este modelo focalizaba la formación en lo que unos autores denominaron la *santa trinidad* de la Psicología Clínica, esto es, la investigación científica, la evaluación psicodiagnóstica y el tratamiento psicoterapéutico (Nietzel 1994). Como culminación de este establecimiento profesional de la Psicología Clínica se citaría la promulgación por parte de la American Psychological Association del Código Ético para los Psicólogos Clínicos.

Es interesante reparar en que, si bien la profesión psiquiátrica había tenido antes reticencias acerca del papel psicoterapéutico por parte del psicólogo clínico, ahora admite y reconoce estas funciones, como lo muestra el apoyo de la Administración de Veteranos, el Instituto Nacional de Salud Mental y el Servicio de Salud Pública de EEUU. Es más, el consejo de la American Psychiatric Association aprobaría en 1952 una resolución a favor de esta especialidad de Psicología Clínica.

En esta línea de consolidación y reconocimiento se añadiría que la Corte Suprema de EEUU, empezando por el Estado de Michigan en 1959, otorgó reconocimiento legal al psicólogo clínico como experto en la determinación de la enfermedad mental (Reisman 1991).

A partir de los años cincuenta, la Psicología Clínica consolida su estatuto tanto profesional como científico, amplía su horizonte y alcanza

reconocimiento social según se apreciaba en el uso actual de sus prestaciones.

Es de destacar el desarrollo de nuevos sistemas psicoterapéuticos. Así, han llegado a tener nombre propio en el campo clínico, tanto en la Psiquiatría como en la Psicología Clínica, la terapia de conducta, la terapia cognitiva, la terapia cognitivo-conductual y la terapia de pareja y de familia, entre otras, aparte de las psicoterapias clásicas. Estos sistemas psicoterapéuticos cuentan con modelos psicopatológicos de los trastornos que tratan y, obviamente, con las pruebas psicodiagnósticas correspondientes.

La consolidación y expansión de la terapia psicológica vino dada por dos condiciones: a) al desarrollo científico de la Psicología (aprendizaje de la conducta, desarrollo de la personalidad, funcionamiento cognitivo, relación interpersonal, influencia social, organización de los grupos sociales y disciplinas propiamente clínicas) que ha permitido una mejor comprensión de los trastornos psicológicos y la elaboración de tratamientos coherentes con esta naturaleza psicológica; y b) a la demanda social, que ha puesto de relieve una creciente presencia de trastornos psicológicos (Brennan 1969). El aumento de los trastornos psicológicos en la segunda mitad del siglo XX puede estar relacionado, con cambios en la forma de vida y con ciertas características de la sociedad actual. Aparecieron incluso nuevos trastornos, como los relativos a la alimentación (anorexia, bulimia), mientras aumentaba la incidencia de otros, como la depresión.

### 2.1.3 RELACIÓN HISTÓRICA ENTRE AMBAS DISCIPLINAS

Como señala **Berrios** (Berrios 1996), se han venido utilizando en el pasado los términos "psicopatología" y

"psiquiatría" de manera intercambiable especialmente en los Estados Unidos.

En Europa, en cambio, el primero de estos términos ha tenido, desde finales del siglo XIX, un significado más amplio para referirse a la ciencia de los síntomas mentales, incluyendo su descripción y explicación.

También sostienen **Millon y Klerman**, dos destacados investigadores participantes en el actual sistema de clasificación de la Asociación Psiquiátrica Americana (DSM-IV), que "aunque el término psicopatología fue utilizado en el pasado como sinónimo de sintomatología descriptiva, ahora puede ser justamente utilizado para representar la ciencia de la conducta anormal y de los trastornos mentales". Sus métodos de estudio actualmente incluyen tanto procedimientos clínicos como experimentales (Millon 1986).

Así la Psicopatología es la ciencia que estudia la conducta anormal centrándose en tres áreas: la descripción y eventual clasificación de los comportamientos anormales, la explicación de los procesos implicados en su desarrollo y mantenimiento, y la búsqueda de sus causas o factores etiológicos.

La Psicopatología ha sido definida como el estudio científico sistemático de la etiología, sintomatología y proceso de la conducta anormal. Es por tanto, la ciencia base tanto de la Psiquiatría como de la Psicología Clínica, como la disciplina dedicada al estudio científico del comportamiento trastornado o anómalo. La psiquiatría y la psicología clínica, podrían definirse como ciencias aplicadas, que utilizan sus propios recursos terapéuticos para el abordaje de los trastornos del comportamiento, en función de la etiología relevante en cada caso y de la tecnología de la que cada una dispone. Las funciones profesionales de los psicólogos clínicos y de los psiquiatras convergen en gran medida en cuanto que tienen el mismo objeto: los trastornos psicológicos o

mentales. Por ello, y en beneficio de la persona afectada, se impone la cooperación de ambos profesionales en un plano de igualdad. Así en el influyente "Tratado de Psiquiatría" de Kaplan y Sadock se dedica un capítulo a la Psicología Clínica en el que, entre otras cuestiones, se refiere lo siguiente: "La Psicología Clínica es aquel aspecto de la ciencia y la práctica psicológica interesado en el análisis, tratamiento y prevención de las incapacidades psicológicas humanas y en la mejora de la adaptación y efectividad personal. Como estos objetivos son compartidos parcialmente por otras disciplinas, el contenido y ámbito de este campo se solapan inevitablemente con otras disciplinas clínicas, sobre todo con la psiquiatría y la asistencia social clínica. La diferenciación más estricta de estos campos radica en su uso de las técnicas y contenido de la psicología básica y las ciencias biológicas y sociales estrechamente relacionadas. Comparte con las demás áreas de la psicología el énfasis en la investigación sistemática como base empírica de sus procedimientos clínicos".

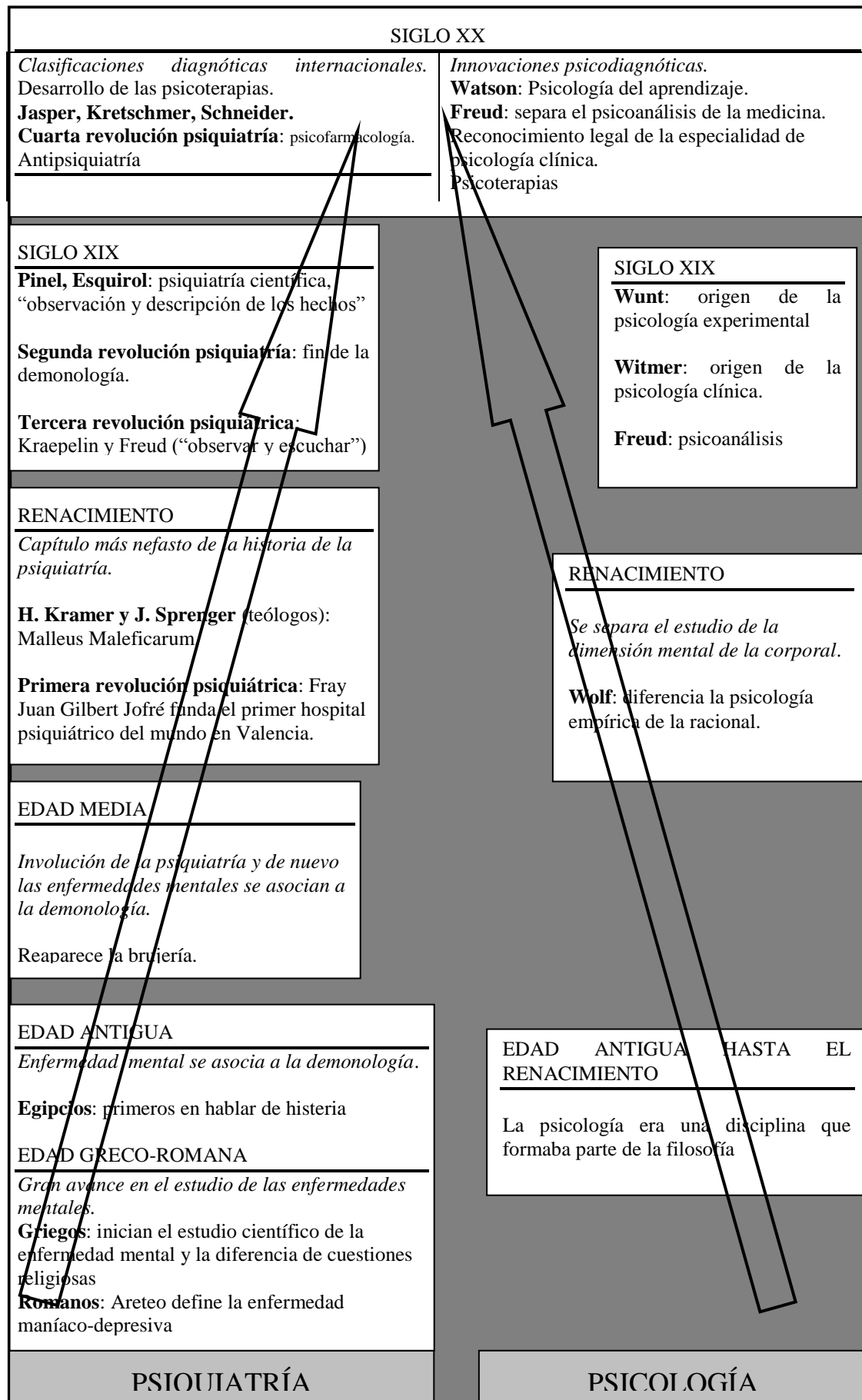
Las guías de consenso de los expertos internacionales para el tratamiento de diversos trastornos mentales, reconocen la necesidad de una actuación terapéutica interdisciplinaria (psicólogos y psiquiatras), y son una demostración de la conveniencia de armonizar el abordaje terapéutico con la multiplicidad de causas y factores que intervienen en el origen y en el mantenimiento de dichos trastornos.

Como se relata en los párrafos anteriores, el origen de ambas disciplinas es totalmente distinto. La psiquiatría ha estado siempre en manos de médicos y unida al paciente como enfermo. La psicología tiene su origen en la filosofía y sus principios como una ciencia experimental. Por tanto, en el campo clínico no se ha realizado un trabajo conjunto hasta que con el

desarrollo de la psicología clínica, no sólo se evalúa al paciente sino que también se realiza un tratamiento. Desde entonces, comienza una relación estrecha entre ambas disciplinas y actualmente los equipos de salud mental, siempre los forman psicólogos y psiquiatras, entre otros profesionales.



Figura 1. Evolución histórica de la psiquiatría y de la psicología



## 2.2 DIFERENCIAS FORMATIVAS

Es evidente el cambio de los tratamientos en salud mental en las últimas décadas. La psicoterapia ha sido una característica definitoria de la práctica psiquiátrica y ha sido considerada un área central de la competencia en la formación. La formación clínica en psicoterapia es un requisito para la residencia de psiquiatría. Además diferentes formas de psicoterapia son recomendadas por las guías de práctica profesional, ya sean solas o en combinación con psicofármacos para el tratamiento de los trastornos mentales. Sin embargo a pesar de la importancia tradicional de la psicoterapia en la formación y práctica de la psiquiatría, hay indicios de un descenso significativo de su uso en las últimas décadas (Mojtabai, 2008).

Dada la necesidad de reducir costes, y la importancia del tratamiento multidisciplinar e integrado de la patología mental (psicofarmacológico, psicoterapéutico y social) se proponen programas de formación de residentes con un nuevo enfoque tiempo-eficaz. Este enfoque incluye la formación en tipos específicos de psicoterapias breves (p.e. terapia cognitivo conductual, terapia interpersonal, etc.) (Mantosh, 1999).

En España, la formación de los residentes de psiquiatría y psicología, incluyen casi idénticos bloques temáticos de acuerdo con el programa de estas especialidades. La diferencia reside principalmente en las rotaciones médicas que el residente de psiquiatría realiza en su primer año (neurología, medicina interna). A continuación se detallan los programas formativos de ambas disciplinas.

### 2.2.1 FORMACIÓN ESPECIALIZADA EN PSIQUIATRÍA

La ***Psiquiatría*** es una especialidad médica básica de la que nacen diversas ramas con contenido diferenciado. La

amplitud y constante evolución de la especialidad y el hecho de que en el ámbito de la psiquiatría todavía no se hayan desarrollado la troncalidad y las Áreas de Capacitación Específica (sub-especialidades), configuran un programa de amplia base formativa. El profesional en formación deberá aprender a actuar en diversos campos que hoy integran la psiquiatría. Todo ello sin perjuicio de que el programa también prevea recorridos para profundizar la formación en algún campo específico en el último año de residencia (psiquiatría infantil y de la adolescencia, psicoterapias, alcoholismo y otras adicciones, gerontopsiquiatría, etc.)

El programa formativo, teniendo en cuenta la experiencia adquirida, se adapta a las nuevas exigencias de la psiquiatría ampliando la formación de los residentes en materias tales como la psicoterapia, adicciones, psiquiatría infantil y de la tercera edad. Asimismo incluye formación en investigación, en programas de salud mental y en gestión de recursos (BOE 2008; BOE 2009).

**Tabla 1. Áreas de conocimiento en la formación de psiquiatría.**

<b>ÁREAS DE CONOCIMIENTO EN LA FORMACIÓN DE PSIQUIATRÍA (BOE 2008).</b>
<b>2.2.1.1 FORMACIÓN TRANSVERSAL:</b>
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Ciencias básicas relacionadas con el comportamiento, desarrollo humano y social. Historia de la epistemología y psiquiatría. Neurociencia. Medicina Interna. Genética y Epidemiología.</li> <li>2. Métodos de investigación y docencia.</li> <li>3. Bioética. Derechos humanos y salud mental.</li> <li>4. Organización y legislación sanitaria. Derechos y deberes de los usuarios.</li> <li>5. Psiquiatría legal y forense.</li> <li>6. Gestión clínica.</li> </ol>
<b>2.2.1.2 PROPEDEÚTICA PSIQUIÁTRICA.</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Psicopatología general y sus formas clínicas específicas en el adulto, el niño, el adolescente y en el anciano. Reconocimiento diagnóstico y de valoración terapéutica.</li> <li>• Técnicas de entrevista en salud mental y de evaluación psicológica y neurobiológica.</li> <li>• Técnicas de comunicación interpersonal y de psicoeducación.</li> <li>• Psicoterapias individuales, de pareja, de familia y de grupo.</li> <li>• Intervenciones sociales y comunitarias, planteamientos de mejora de la salud mental.</li> <li>• Psicofarmacoterapia y otros tratamientos biológicos.</li> </ul>
<b>2.2.1.3 PROMOCIÓN DE LA SALUD MENTAL.</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Factores de riesgo biológico, genético, comportamental, social y cultural.</li> <li>• Identificación de crisis y valoración del riesgo. Evolución a corto y a largo plazo e índices predictivos de respuesta.</li> <li>• Intervenciones de prevención primaria, secundaria y terciaria.</li> <li>• Salud mental en poblaciones desfavorecidas. Lucha contra el estigma y la discriminación de la enfermedad mental.</li> </ul>
<b>2.2.1.4 HABILIDADES</b>
<p><i>1. Como médico experto, el psiquiatra debe adquirir las habilidades necesarias para:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ejercer la especialidad de manera responsable y ética con sujeción a las obligaciones médicas, legales y profesionales, mostrando una dedicación y comportamiento personal e interpersonal íntegro y honrado.</li> <li>• Diagnosticar y tratar los problemas de salud de acuerdo con la especialidad y de una manera eficiente y ética que incluya una visión continuada e integradora de los procesos morbosos, logrando la adherencia de los pacientes a las indicaciones terapéuticas, demostrando asimismo, capacidad para consultar con eficacia.</li> <li>• Entablar una relación terapéutica con sus pacientes y favorecer un ambiente de comprensión, confianza, empatía y confidencialidad.</li> <li>• Tener capacidad para comunicarse eficazmente con otros profesionales sanitarios al objeto de garantizar una asistencia óptima y coherente para el paciente y su familia.</li> <li>• Consultar eficazmente con otros médicos y profesionales sanitarios y colaborar activamente en la realización de otras actividades que se lleven a cabo en el equipo pluridisciplinar.</li> </ul>

2. <i>El psiquiatra como gestor debe adquirir habilidades para:</i>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Trabajar con eficiencia y equidad en una organización sanitaria y docente, utilizando la tecnología de la información para optimizar la asistencia al paciente y el autoaprendizaje continuo.</li> <li>• Valorar qué aspectos determinantes de la salud afectan a cada paciente y poder reconocer, evaluar y responder a los factores psicosociales, económicos y biológicos que influyen en la salud de la población atendida.</li> <li>• Tener capacidad para describir cómo se ponen en práctica las políticas públicas e intentar influir en el desarrollo de las políticas sanitarias y sociales.</li> </ul>	
3. <i>El psiquiatra como discente y docente debe adquirir habilidades para:</i>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Evaluar críticamente las fuentes de información médica, y desarrollar, implantar y documentar una estrategia personal de formación continua.</li> <li>• Contribuir al desarrollo de nuevos conocimientos y facilitar el aprendizaje de otros profesionales sanitarios.</li> </ul>	
<b>2.2.1.5 ACTITUDES.</b>	
El médico especialista en Psiquiatría debe adquirir actitudes de:	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Protección de los derechos de los pacientes con una actitud de tolerancia y de respeto hacia grupos sociales más sensibles, preocupándose por los problemas de salud pública.</li> <li>• Consideración y valoración del trabajo de los demás, sabiendo trabajar en equipo, participando en el interés conjunto para lograr el cumplimiento de objetivos comunes.</li> <li>• Interés por el aprendizaje, desarrollo personal y profesional, responsabilidad, honestidad y sensatez. Actitud positiva y creativa ante nuevos compromisos.</li> </ul>	
<b>2.2.1.6 PERIODOS FORMATIVOS.</b>	
<b>Formación general transversal común con otras especialidades en Ciencias de la Salud. Incluye formación en:</b>	
1. Metodología de la investigación. Bioética.	
2. Organización, gestión y legislación sanitaria.	
3. Psiquiatría Legal y Forense.	
4. Gestión Clínica.	
<b>2.2.1.6.1.1 FORMACIÓN EN PSIQUIATRÍA:</b>	
1. <i>Formación Nuclear: Programas transversales:</i>	
a) Atención Primaria / Neurología / Medicina Interna: 4 meses.	
b) Unidad de Hospitalización Breve: 8 meses.	
c) Psiquiatría Comunitaria (ambulatoria y apoyo A. Primaria): 10 meses.	
d) Rehabilitación psiquiátrica: 4 meses.	

e) Psiquiatría Psicosomática y de Enlace: 4 meses.
f) Psiquiatría Infantil y de la Adolescencia: 4 meses.
g) Alcoholismo y otras adicciones: 2 meses.
2. <i>Formación Nuclear de carácter longitudinal: a impartir a lo largo de todo el periodo de residencia:</i>
a) Ciencias básicas.
b) Psicoterapias.
c) Actividades científicas e investigadoras.
d) Guardias.
3. <i>Formación específica en el último año de residencia que incluye la posibilidad de elegir entre dos trayectos:</i>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Trayecto A. Formación específica durante los 12 meses en alguna de las siguientes áreas:</li> </ul>
a) Psiquiatría infantil y de la adolescencia.
b) Psicoterapias.
c) Alcoholismo y otras adicciones.
d) Gerontopsiquiatría.
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Trayecto B. Rotaciones no inferiores a 2 meses ni superiores a 6 meses, en algunas de las siguientes áreas:</li> </ul>
a) Áreas propias de la formación específica: Psiquiatría Infantil y de la Adolescencia, Psicoterapias, Alcoholismo y otras adicciones, Gerontopsiquiatría.
b) Área propias de la formación nuclear: Psiquiatría Comunitaria, Hospitalización Psiquiátrica, Rehabilitación Psiquiátrica, Psiquiatría de Enlace.
c) Nuevas Áreas (la/s rotación/es no podrá/n totalizar más de 6 meses): Hospitalización Parcial, Psicosomática, Neurociencias, Neuroimagen, Psiquiatría Legal, Epidemiología Psiquiátrica, Gestión Psiquiátrica, Psicodiagnóstico, Investigación, Genética, Prevención, Psiquiatría Transcultural, etc.

**Tabla 2. Programa de rotaciones en la formación de psiquiatría.**

FORMACIÓN NUCLEAR			FORMACIÓN ESPECÍFICA
Atención primaria/Neurología/ Med. Interna			<i>Trayecto A:</i>  Psiquiatría infantil y Adolescencia Psicoterapias Gerontopsiquiatría Alcoholismo y otras adicciones  <i>Trayecto B:</i>  Áreas propias de formación nuclear Áreas propias de formación específica Nuevas áreas
Unidad de Hospitalización Breve			
Psiquiatría comunitaria (atención psiquiátrica ambulatoria y apoyo a atención primaria)			
Rehabilitación psiquiátrica			
Interconsulta y Psiquiatría de enlace			
Psiquiatría Infantil y Adolescencia			
Alcoholismo y otras adicciones			
Psicoterapia			
<b>R1</b>	<b>R2</b>	<b>R3</b>	<b>R4</b>

### 2.2.2 FORMACIÓN ESPECIALIZADA EN PSICOLOGÍA

La **Psicología Clínica** es una especialidad de la Psicología cuya constitución como actividad profesional propia del psicólogo sobrepasa el siglo de antigüedad. Su aparición deriva del acervo de conocimientos científicos acumulados, de su carácter teórico-técnico y de la necesidad de dar respuesta a un conjunto amplio de demandas sociales en el campo de la salud. Sus aplicaciones son múltiples y en diferentes ámbitos. Entre ellas cabe destacar sus aportaciones e instrumentos para la evaluación, el diagnóstico, el tratamiento y la prevención de los trastornos mentales, así como para mejorar la comprensión y el abordaje de las repercusiones psicológicas que las enfermedades físicas y sus tratamientos tienen en los enfermos.

**Tabla 3. Áreas de conocimiento en la formación de psicología.**

<b>AREAS DE CONOCIMIENTO EN LA FORMACIÓN DE PSICOLOGIA(BOE 2009).</b>	
<b>2.2.2.1 MARCOS CONCEPTUALES, LEGALES E INSTITUCIONALES</b>	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Marco legal e institucional del sistema sanitario público español.</li> <li>• Marco legal e institucional de la red de salud mental de la Comunidad Autónoma y su articulación con otras redes de servicios.</li> <li>• Marco jurídico-normativo en salud mental y aspectos legales relacionados con la asistencia a personas con trastorno mental.</li> <li>• Salud Pública. Epidemiología. Promoción de la Salud y prevención de la enfermedad.</li> <li>• Diseño, realización y evaluación de programas y servicios de salud.</li> <li>• Planificación y gestión en salud mental.</li> <li>• Ética y deontología profesional. El código deontológico del psicólogo.</li> <li>• La investigación en Psicología Clínica.</li> </ul>
<b>2.2.2.2 EVALUACIÓN Y DIAGNÓSTICO CLÍNICOS</b>	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• La entrevista clínica.</li> <li>• La exploración psicológica y psicopatológica.</li> <li>• La historia clínica.</li> <li>• Técnicas, estrategias y procedimientos de evaluación y diagnóstico clínico en diferentes fases del ciclo vital y en diferentes trastornos.</li> <li>• El proceso diagnóstico en Psicología Clínica.</li> <li>• El informe clínico.</li> <li>• Diagnóstico clínico y evaluación psicológica en patologías médicas.</li> <li>• La exploración, evaluación y diagnóstico neuropsicológicos.</li> <li>• El informe pericial en Psicología Clínica.</li> </ul>
<b>2.2.2.3 CLÍNICA DE LOS TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO</b>	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Semiología clínica</li> <li>• Psicopatología de los procesos y actividades mentales y del comportamiento</li> <li>• Criterios de diagnóstico psicopatológico</li> <li>• Sistemas de clasificación y diagnóstico psicopatológico</li> <li>• Modelos teóricos explicativos de los trastornos mentales y del comportamiento</li> <li>• Psicopatología de los trastornos mentales y del comportamiento</li> <li>• Presentación clínica de los trastornos mentales en las distintas fases del ciclo vital y del comportamiento</li> </ul>
<b>2.2.2.4 PSICOTERAPIA</b>	
Modelos teóricos y técnicas en Psicoterapia:	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Psicodinámico</li> <li>• Conductual</li> </ul>

•	Sistémico
•	Cognitivo
•	Constructivista
•	Integrador
•	Proceso terapéutico y habilidades psicoterapéuticas.
•	Niveles de intervención de la psicoterapia y otras intervenciones clínicas:
-	individual
-	grupal
-	pareja y familia
-	institucional y comunitario
<b>2.2.2.5 OTRAS INTERVENCIONES CLÍNICAS</b>	
•	Especificidad de los tratamientos en las diferentes etapas del ciclo vital
•	La atención al paciente con trastorno mental grave: Rehabilitación y reinserción social.
•	Interconsulta, intervención en crisis y atención en urgencias.
•	Psicofarmacología
•	Otras modalidades de intervención psicológica: Consejo, asesoramiento psicológico, etc.
<b>2.2.2.6 PSICOLOGÍA DE LA SALUD</b>	
•	Modelo biopsicosocial de salud
•	Conducta de enfermedad
•	Estrés, afrontamiento de la enfermedad, y salud
•	Percepción y manejo de síntomas físicos
•	Adherencia al tratamiento
•	Enfermedades crónicas, procesos de larga duración y enfermedades terminales
•	Estilos de vida y calidad de vida relacionada con la salud
•	Cuidados paliativos
•	Educación para la salud



**Tabla 4. Programa de rotaciones en la formación de psicología.**

PROGRAMA	Nº Meses
Atención comunitaria, ambulatoria y soporte de la Atención Primaria	12
Atención primaria	3
Adicciones	4
Rehabilitación	6
Hospitalización y urgencias	4
Psicología clínica de la salud. Interconsulta y enlace	6
Psicología Clínica Infantil y de la Adolescencia	6
Programas para el desarrollo de Áreas de Formación Específica*	4
Rotación de libre disposición.	3

*\*Áreas de formación específica*

Psicoterapias; Clínica Infantil y de la Adolescencia; Adicciones; Psicogeriatría; Rehabilitación;

Neuropsicología; Psicología de la Salud; Psicología Forense; Planificación Familiar y Sexualidad

Es común para ambas disciplinas que la formación obligatoria se complemente con el aprendizaje de técnicas psicoterapéuticas adaptadas al dispositivo de salud donde se ejerce profesionalmente.

En España, existen programas autonómicos que tienen implementado un programa de formación continuada para profesionales en salud mental. Únicamente en Canarias, Cantabria, Extremadura y Murcia, disponen de un programa de formación continuada que garantiza la formación específica de los psicólogos clínicos. En el resto de comunidades la formación varía en cada área de salud mental que tiene su propio programa de formación que va dirigido a

todos los profesionales del área y suele consistir en cursos, seminarios, sesiones clínicas y bibliográficas y otras jornadas de interés. (Jiménez-Estévez, AEN, 2008).

## **2.3 RELACIÓN INTERPROFESIONAL ENTRE EL PSICÓLOGO CLÍNICO Y EL PSIQUIATRA.**

### **2.3.1 ESPAÑA**

Javier Virués-Ortega, profesor de la Universidad de Granada, publica en el año 2004 un estudio cuyo objetivo es evaluar el grado de integración de los psicólogos clínicos en los servicios de salud mental

españoles, así como la actividad asistencial distintiva y de colaboración entre psicólogos clínicos y psiquiatras. El método consiste en contactar telefónicamente con todas las áreas docentes de la especialidad de psicología clínica previamente al envío de una encuesta. Observa una considerable integración profesional de la psicología clínica y un alto grado de asunción de responsabilidades clínicas y colaboración interprofesional. La actividad del psicólogo aunque altamente considerada se juzga frecuentemente como subsidiaria a la del psiquiatra. Cuando existe actividad asistencial diferenciada los trastornos psicóticos se asocian a psiquiatras, y por otra parte, trastornos de ansiedad, adaptativos y afectivos comúnmente a psicólogos clínicos.

A lo largo de las últimas tres décadas la presencia de la psicología en los servicios hospitalarios de salud mental ha experimentado un notable avance. La labor realizada inicialmente por los psicólogos estuvo limitada a la evaluación psicométrica, mientras la responsabilidad del diagnóstico y el tratamiento constituía una responsabilidad exclusiva del psiquiatra (Eysenck 1950). Con el desarrollo de modelos psicológicos específicos de evaluación y tratamiento la labor profesional del psicólogo clínico fue alcanzando cotas crecientes de responsabilidad (Hetherington 1983). En el caso español, este proceso requiere de la consideración de dos hitos: la instauración progresiva de la Reforma Psiquiátrica a partir de 1985 (Psiquiátrica. 1985) y la convocatoria a nivel nacional de la formación de psicólogos clínicos como especialistas sanitarios a partir de 1993 (Virués 2003). Desde principios de los ochenta hasta 1996 la presencia de psicólogos clínicos en los servicios de salud mental ha variado prácticamente de cero a 2,9 psicólogos por cada 1000000 habitantes frente a los 5,1 psiquiatras para la misma población (Gil 1999).

El grado de integración de la nueva profesión sanitaria en los servicios de salud mental ha sido diverso. La actual situación legal aboga por una amplia adquisición de responsabilidades por parte del psicólogo clínico. La reciente desestimación de los recursos planteados por sociedades médicas contra el Real Decreto que regula la especialidad de psicología clínica desvía el debate procesal al debate científico con respecto a la delimitación de competencias. Se asume que el papel del psicólogo en la evaluación y tratamiento de trastornos mentales podrá llevarse a cabo toda vez que se determine el origen psicológico de los fenómenos objeto de intervención. Inversamente, la intervención concurrente del psiquiatra no será obligatoria si no se determina la etiología biológica del trastorno. El precepto “utiliza conceptos científicos dotados de una cierta indeterminación, la misma que corresponde a la psiquiatría y a la psicología y a su respectiva delimitación de conocimiento” (Justicia. 2002). Al margen de los casos de demencia, trastornos asociados al consumo de sustancias o enfermedad médica y algunos casos de retraso mental, no se aprecian en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM) o en la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE) etiquetas diagnósticas que hayan demostrado causalidad biológica (Szasz 1991). No existen por tanto limitaciones definidas sobre qué trastornos debe atender el psiquiatra y qué trastornos debe atender el psicólogo. Esta indefinición de roles no está exenta de fricciones y conflictos interprofesionales tal como ha sido destacado en múltiples trabajos (Crown 1972; McFie 1973; Kiesler 1977; Wallace and Rothstein 1977; Schindler, Berren et al. 1981; Shectman and Harty 1982; Cattell 1983; Hetherington 1983; Kingsbury 1987; Lefley 2000; Kulkarni, Riedel et al. 2001). Adicionalmente, psiquiatras y psicólogos han demostrado

tener inmensos bagajes teóricos (Hill 1982); (Kingsbury 1992)), actitudes opuestas ((Kingsbury 1987) y conflictos éticos diferentes (Morrison, Layton et al. 1982) con relación a los problemas de conducta, así como a una pobre comunicación interprofesional asociada a tales dimensiones (Hetherington 1983); (Moore, Boblitt et al. 1968).

En el caso español, a excepción de dispositivos discretos (unidades de hospitalización breve, centros de rehabilitación psicosocial), el trabajo en las diversas unidades de salud mental se plantea de manera multidisciplinar, siendo frecuente el desarrollo de tareas similares y sesiones clínicas interprofesionales. Esta situación ha conducido al uso de tratamientos combinados con intervenciones psicológicas y farmacológicas concurrentes. Pese a ello, la primacía del modelo de enfermedad en estos ámbitos está implícita en el reducido número de psicólogos frente al de psiquiatras (2,9/100000 vs. 5,1/10000);( Gil, 1999), la asignación de una cuota de población superior al especialista en psicología clínica (50000 vs. 25000),(Instituto Andaluz de Salud Mental [IASAM], 1990) y en la asimetría del modelo de combinación terapéutica imperante; virtualmente todos los pacientes que reciben atención psicológica están medicados mientras solo una fracción de pacientes medicados reciben tratamiento psicológico (Pincus, Zarin et al. 1999).

La sinergia de la combinación de tratamientos psiquiátricos y psicológicos sobre la calidad asistencial y eficacia clínica es una tesis que goza de notable popularidad (Asiel 2000). El análisis de la aun insuficiente literatura sobre tratamientos combinados conduce, sin embargo, a conclusiones más conservadoras. La investigación y la práctica parecen estar de espaldas. Mientras que la investigación sobre combinación terapéutica es incompleta su aplicación clínica es elevada (Hersen

1986; Sammons 2001). Pincus, Zarin et al. en 1999, comunicaron que el 55% de una muestra de 5004 pacientes atendidos por 417 psiquiatras pertenecientes a la Red de Investigación Práctica (Practice Research Network) recibían atención psicológica y psiquiátrica concurrente.

De acuerdo con el estudio de Virués-Ortega, de los dispositivos evaluados, en el 47.5%, psiquiatras y psicólogos clínicos atienden iguales situaciones clínicas, mientras que en el 52.5% se asignan diagnósticos diferentes (trastornos psicóticos a psiquiatras, y trastornos adaptativos, de ansiedad y del ánimo a psicólogos). La colaboración interprofesional, al menos en cierto tipo de trastornos, es la nota característica hasta en el 94,7% de los servicios evaluados. Resulta llamativa la alta frecuencia de casos en los que los psiquiatras realizan tratamientos psicológicos denotando una insuficiente distinción interprofesional. La revisión de medicación psicofarmacológica por parte de psicólogos sanitarios, una conducta de presencia moderada de acuerdo a nuestros datos (17,3% de los dispositivos), merecen análogos comentarios (Littrell and Ashford 1995; Preston 1999).

Sobre la delimitación de roles profesionales entre psicólogos y psiquiatras, sus resultados describen la existencia de: 1) un modelo tradicional en el que los diagnósticos atendidos por psiquiatras y psicólogos están disociados, y 2) un modelo no tradicional en el que no existen distinción en la asunción de responsabilidades clínicas en función de familias diagnósticas para ambos profesionales. Con relación al modelo tradicional, los trastornos psicóticos son claramente la seña de identidad de los especialistas en psiquiatría, siendo los trastornos de ansiedad, trastornos del estado de ánimo y trastornos de inicio en la infancia y del comportamiento alimentario los más destacados entre los especialistas en psicología clínica.

En la Comunidad Autónoma de Madrid (CAM), los Servicios de Salud Mental, al igual que el resto de los dispositivos de atención a la Salud Mental, desarrollan su actividad con equipos profesionales multidisciplinares, estructurados de forma interdisciplinar integrados por médicos psiquiatras, psicólogos clínicos, enfermeras especializadas, trabajadores sociales y terapeutas ocupacionales.

Los servicios de salud mental de distritos contaban con 231 psiquiatras y 146 psicólogos en el año 2002, mientras que en el 2008, estos servicios contaban con 340 y 193 psiquiatras y psicólogos respectivamente. Este aumento, refleja que cada vez la atención en salud mental se realiza de una forma multidisciplinar. También entre el 2002 y 2008, aumentaron el número de resto de profesionales que integran los servicios de salud mental de la CAM.

La red salud mental de la CAM está formada por recursos sanitarios de atención a salud mental y por recursos de atención social. Los recursos de atención de salud mental, están formado por: Centros de Salud Mental, Centros de Atención Primaria Hospitales de Día, Hospitales Generales, Centros Psiquiátricos y Unidades de Referencia. Los recursos de atención social lo forman: Residencias, Centros de Rehabilitación Psicosocial y Centros de Rehabilitación Laboral, Pisos Supervisados y Pensiones, Recursos de Atención Adicciones (Agencia Antidroga y Ayuntamiento de Madrid) y la Consejería de Familia y Asuntos Sociales.

La dirección de los recursos socio-sanitarios de salud mental, también es una tarea compartida por psiquiatras y psicólogos. En los centros de salud mental mayoritariamente son dirigidos por psiquiatras y los recursos de rehabilitación por psicólogos (Plan Estratégico de Salud Mental 2010).

### 2.3.2 ESTADOS UNIDOS

La relación entre la psiquiatría y la psicología a lo largo de la historia ha dependido de muchos factores a lo largo de la historia: la demanda, el conocimiento científico o la financiación. La psiquiatría estadounidense era una especialidad pequeña, estigmatizada y aislada antes del 1940. En este año el número de enfermedades mentales creció de forma drástica, de 150.000 a 445.000 casos, con lo que durante la segunda guerra mundial el número de psiquiatras se duplicó (Alfred 1946; Deutsch 1948; Orlans 1948)

En la década de 1930 se produjo una desafortunada experimentación de tratamientos somáticos para enfermedades mentales. Algunos ejemplos son las evisceraciones quirúrgicas (por atribuirles un origen séptico a la enfermedad mental), los comas inducidos con barbitúricos o insulina, terapias electro-convulsivas, o las cirugías del lóbulo frontal (Valenstein 1986; Braslow 1997; Pressman 1998; Kneeland and Warren 2002; Scull 2005; Shorter and David Healy 2007).

En la década de 1940, William Menninger, un general de la brigada de orientación psicoanalítica procedente de la clínica Menninger en Topeka (Kansas), orientó a los psiquiatras militares de EEUU en el tratamiento psicodinámico de las “neurosis de combate” que padecían los soldados. La psiquiatría de la época dio un giro y apareció la GAP (Group for the Advancement of Psychiatry) que rápidamente pasó a llamarse APA (Asociación Americana de Psiquiatría) (Friedman 1990; Grob 1990; Plant 2005).

En la posguerra los programas de residencia psiquiátrica estuvieron apoyados y financiados por el gobierno central, ya que es en esta época donde se empieza a confiar en la investigación científica y médica (Bush 1945).

La psicología también experimentaba un gran desarrollo dado el gran número de bajas psiquiátricas por parte del ejército. En 1940 hay muy pocos psicólogos que desempeñen una labor clínica, y tampoco hay programas de formación. En la práctica estaban subordinados a los médicos, eran principalmente mujeres de origen judío y su tarea se limitaba a la administración de instrumentos psicológicos (tests de inteligencia y pruebas de conductas). Con el aumento del número de soldados que padecían trastornos mentales, muchos psicólogos inician una labor clínica (Capsheew 1986; Farreras 2001).

A partir de aquí comienza el conflicto en cuanto a las competencias y relación entre psiquiatras y psicólogos. Entre 1940 y 1950 se trató de mantener subordinada la psicología a la psiquiatría.

A partir de 1960, la psiquiatría de orientación psicoanalítica dominaba la esfera académica, y los segmentos más lucrativos y prestigiosos de la profesión se dedicaban a la práctica ambulatoria. A este nivel ya no existía la jerarquía militar, con lo que los psicólogos iniciaron la práctica de la psicología clínica a nivel ambulatorio.

En los primeros años de la década de los 1940, los psiquiatras insistían en que eran ellos lo que debían ser el principal terapeuta del paciente psiquiátrico. Sin embargo en 1949 (en Colorado) en una reunión promovida por psicólogos se establece la formación del psicólogo como psicólogo clínico: dos años de formación básica en teoría de la psicología y métodos de investigación seguido de un entrenamiento clínico intensivo (Baker B. and Ludy 2000). En el campo de la investigación, a partir de 1949, la psicología compite con la psiquiatría porque se produce un cambio significativo en la financiación gubernamental. Los psicólogos son los que dominan la investigación clínica experimental porque reciben una

financiación del 60% frente al 5% que recibe la psiquiatría (Scull 2011).

A partir de 1950, se produce un estancamiento del crecimiento alcanzado por la psiquiatría y psicología en los años de la posguerra gracias a la financiación estatal, porque en esta época de nuevo se produce una desinstitucionalización del enfermo mental a la comunidad. Los enfermos mentales aparecen en las calles, en prisiones o en casas privadas de cuidado (Scull 1977; Lerman 1983).

En este momento, tanto la psiquiatría como la psicología se reducen a la atención ambulatoria y su financiación proviene de los seguros privados.

En la década de 1950 se produce un cambio en la asistencia tanto psiquiátrica como psicológica debido al desarrollo del primer antipsicótico (clorpromacina) para el tratamiento de la enfermedad mental. Al principio fue bien aceptada por los psicoanalistas, ya que lo consideraban como una ayuda para reducir la clínica florida y así permitir el “trabajo real” del tratamiento psicodinámico. Los fármacos comienzan a presentar muchas ventajas terapéuticas y económicas en comparación con los costosos e interminables tratamientos psicoanalíticos. Así como en la década de 1960, los departamentos académicos de psiquiatría estaban dirigidos por psicoanalistas, en los setenta comienza a producirse un cambio. Los laboratorios farmacéuticos ofrecen grandes financiaciones para el estudio de moléculas como tratamiento de las enfermedades mentales. Estas compañías necesitaban grupos homogéneos de pacientes para poner a prueba sus productos. Sin embargo, los psicoanalistas despreciaban la idea de que las enfermedades mentales pudieran separarse de forma fiable y sensible en distintas formas de patologías, y por tanto rechazaban las categorías diagnósticas kraepelianas (Beck 1962; Beck, C.H. Ward et al. 1962; Kendell, J.E. Cooper et

al. 1971; Cooper, R. Rendell et al. 1972; Ennis and Litwack 1974; Kendell 1974).

El año 1980, la publicación de nuevas revisiones del manual diagnóstico y estadístico de las enfermedades mentales (DSM), fue un momento decisivo para la evolución de la psiquiatría del siglo XX y el resurgimiento de una nueva psiquiatría (neo-kraepeliana) cada vez más relacionada con la industria farmacéutica, para quienes los fármacos psicotrópicos se estaban convirtiendo en el grupo más importante y rentable de productos. De esta forma el psicoanálisis fue perdiendo su posición tanto en la práctica clínica como en la investigación. Finalmente en 1990 se proclama la “década del cerebro” al predominar la visión neurobiológica de las enfermedades mentales. Entre otros factores causales de la enfermedad mental se señalan las alteraciones en neurotransmisores, los desequilibrios bioquímicos y los genes defectuosos. A nivel académico predominan los estudios en neurociencias y la investigación de fármacos.

A partir de 1950, la psicología clínica desarrolla métodos terapéuticos más breves, menos costosos y limitados en el tiempo, a lo que se llamó terapia cognitivo conductual, en lugar de los largos e inciertos tratamientos psicoanalíticos. Este tipo de tratamiento se convirtió en un tratamiento más atractivo para las compañías aseguradoras. Esta forma de psicoterapia se encargó principalmente de tratamientos de los trastornos de angustia y trastornos mentales leves.

En resumen, la psiquiatría estadounidense a principio del siglo XX era muy precaria y no contaba con la financiación suficiente para desarrollarse y la psicología solo se dedicaba a realizar estudios psicométricos estando subordinada a la psiquiatría. Tras la segunda guerra mundial ambas especialidades sufren un importante desarrollo debido a la financiación estatal para el tratamiento de la patología mental

de los soldados. Este desarrollo hace que se establezca la psicología clínica como una disciplina independiente de la psiquiatría, y da lugar al primer programa de formación universitaria.

A mediados de siglo, el tratamiento predominante era el psicoanalítico. Es en la segunda mitad del siglo XX donde, con el desarrollo de los psicofármacos, el tratamiento psicoanalítico se reduce drásticamente y se fomenta la psiquiatría biologicista. En el campo de la psicología también se sustituyen las terapias psicoanalíticas por las terapias cognitivo-conductuales menos costosas y más breves.

### 2.3.3 ALEMANIA

N. Petrilowitsch (Petrilowitsch 1960) escribe en 1960 un artículo sobre la colaboración entre psicólogos y psiquiatras de la época, en el que hace una crítica al psicólogo como científico reclamando la formación clínica de éste.

Comenta que es muy arriesgado centrar la atención sólo en las consecuencias psíquicas y excluir la variedad de orígenes arraigados en lo somático. Kretschmer encontró numerosas disfunciones vegetativas y hormonales en adolescentes neuróticos, así como estigmas corporales y constitucionales de diversa índole como correlaciones de las perturbaciones psíquicas. Por tanto, no se debe perder de vista que existen asimismo perturbaciones somáticas primarias, que pueden desarrollarse con la sintomatología de una neurosis. El psicoterapeuta Frankl en 1956 (Frankl 1956) señala tres grupos importantes de pseudoneurosis de origen somático: los síntomas fóbicos en el hipertiroidismo, amnesias en las deficiencias de la cápsula suprarrenal y angustias respiratorias en el tétanos. Los síndromes neuróticos, no sólo se desarrollan sobre el fondo de anomalías temperamentales y de carácter, sino también con disfunciones endocrinas en enfermos crónicos de distintas

etiologías, trastornos cerebrales infantiles y afecciones cerebrales inflamatorias. Depresiones endógenas y esquizofrenias pueden cursar con sintomatología neurótica. Por tanto, las neurosis no representan una unidad clínica, sino un síndrome de “formaciones revueltas, psicosomáticamente insolubles” (Kretschmer 1949), que muchas veces tienen su origen en la “persona biológica” (Rümke 1947).

N. Petrilowitsch, está en contra de lo que él llama “psicologismo de la psiquiatría”, ya que al carecer de experiencia clínica suficiente por parte de los psicólogos, se tiende a relacionar los síntomas individuales con hechos del transcurso de la vida y se realizan interpretaciones erróneas. Así, la esquizofrenia no sería una enfermedad, “uno se vuelve esquizofrénico igual que otro que, a través de un matrimonio desgraciado, se convierte en bebedor”. Es por esto, que empieza a sopesarse la necesidad de formar al estudiante de psicología en psicopatología y así poder limitar el exceso de las interpretaciones en el tratamiento. Debido a la estrecha relación entre problemas derivados de acontecimientos vitales y la psicopatología, y la amplia zona intermedia de las competencias, era necesaria la creación de un caudal científico entre psicólogos y psiquiatras. Comienza a crearse las bases para una colaboración progresiva entre psiquiatras y psicólogos en la práctica clínica (Germain 1959; Meyerhoff 1959). Como ideales de la colaboración entre la psiquiatría y la psicología Panse (Panse 1960) ha destacado los trabajos comunes del psicólogo Bidet con el psiquiatra Simon, a los que debemos un método eficiente para la determinación del nivel de inteligencia, y los del psicólogo Gelb con el psiquiatra Goldstein, que resultaron fructíferos para los análisis de lesiones cerebrales traumáticas. Las estrechas correlaciones entre psiquiatría y psicología en el amplio campo de la

investigación caracterológica fueron demostradas por los trabajos tipológicos de constitución de Kretschmer y de su escuela.

Para Petrilowitsch, el clínico deberá haberse formado un “concepto básico y aproximativo” del enfermo para aclarar cuestiones diagnósticas, antes de que requiera los servicios del psicólogo. Porque según Petrilowitsch, el psicólogo puede prestar ayuda al psiquiatra en el terreno psicopatológico, pero no sustituirlo. Enfatiza que la elección de los casos, así como la interpretación clínica y la asociación de resultados del examen diagnóstico, competen al psiquiatra. Apunta que el psicólogo puede aportar datos valiosos a dicho examen tras el estudio del desarrollo psicomotor, caracteriológico y de la influencia del entorno en el caso.

Este autor ya señalaba muchos aspectos que se pueden observar en la actualidad en el tratamiento del enfermo mental. La intervención multidisciplinar, la estrecha relación psiquiatra/psicólogo, la necesidad de formación de psicólogos clínicos y el origen biológico de algunas patologías mentales. La gran diferencia es que, al igual que en la psiquiatría mundial de mediados del siglo veinte, Petrilowitsch consideraba al psicólogo como un subordinado del psiquiatra.

#### **2.3.4 INTERVENCIÓN LEGAL DEL PSIQUIATRA Y DEL PSICÓLOGO CLÍNICO.**

En el terreno legal también hay diferencias en cuanto a la participación de psiquiatras y psicólogos (Allan 1995). La primera evidencia de la participación legal del psiquiatra data de la primera mitad del siglo dieciocho, pero no es hasta el siglo diecinueve cuando se reconoce esta participación. A finales del siglo diecinueve, coincidiendo con el reconocimiento de la psicología como ciencia, comienza la participación de la psicología en los procesos legales.

En 1731, se desarrolla el “wild beast test” (prueba de la bestia salvaje), que fue una de las primeras pruebas utilizadas para la defensa en casos de demencia. En un primer momento se denominó la defensa de la locura total y más tarde se convirtió en la prueba de la bestia salvaje. La locura completa se estableció por primera vez como defensa frente a cargos criminales por los tribunales de derecho común a finales del siglo XIII en Inglaterra. Es la primera evidencia del uso de la psiquiatría a nivel legal, a través del cual se evaluaba la responsabilidad penal del enfermo mental. En esta fecha los psiquiatras no participaban en los juicios aportando su testimonio sino que funcionaban como asesores judiciales.

A principios del siglo diecinueve, los psiquiatras ya participaban en los juicios. La participación de la psicología todavía quedaba lejos. En esta participación tuvo mucha influencia Pinel con su nueva clasificación en 1801 de los trastornos mentales, aunque seguía habiendo abogados, como Regnault (Regnault, Elías 1801–1868, publicista e historiador francés. Ministro de Hacienda después de la revolución de 1848), que consideraban que eran los médicos generalistas los que tenía competencia legal sobre el enfermo mental. En 1825 aumenta la intervención de psiquiatras a nivel judicial, pero solía ser sobre casos de amigos, familiares o pacientes que tenían en tratamiento. Entre 1825 y 1834 el 50% de los casos en los que participaban eran sobre cuestiones de bienes y propiedades y en el 90% problemas de agresión.

En Estados Unidos, Isaac Ray, estableció la psiquiatría forense como disciplina en 1838, y los miembros de la sociedad americana de psiquiatría testificaban en juicios desde el año 1843.

En Inglaterra la psiquiatría forense como especialidad no se estableció hasta 1965, aunque la relación entre la psiquiatría y el

derecho se inicia desde principios de siglo.

Tanto en Estados Unidos como en Inglaterra, el responsable de testificar sobre la responsabilidad penal del paciente, era el psiquiatra del hospital donde el paciente había estado en observación.

La emergencia de la psicología en el terreno legal a finales del siglo diecinueve se produce gracias a los trabajos de Wundt. Wundt no solo distingue la psicología de la filosofía, sino que con la designación del psicólogo como experto en conducta del ser humano, le capacita para intervenir en juicios. Los primeros psicólogos en participar en casos judiciales, Kart Marbe y Hugo Münsterberg, fueron discípulos de Wundt. Münsterberg, quien participó en varios casos europeos, fue reclamado por William James para formar en Harvard un “laboratorio de psicología” y es considerado el padre de la psicología forense en América.

En E.E.U.U. a principios del siglo veinte, la participación en el terreno legal era importante y dinámica, intervenían destacados psicólogos de la época y contribuyó al desarrollo de la psicología como ciencia. Pero esta participación y la relación entre psicólogos y abogados fueron decayendo debido a las discrepancias entre ambos. Tal fue así, que a mediados del siglo pasado, los psicólogos eran aceptados en algunos casos legales como expertos y en otros no; y no se consideraba estrictamente necesario que un experto testificara en casos de enfermedad mental. Debido a esto, en 1972 en América, solo 41 psicólogos se dedicaban exclusivamente a la psicología forense. En 1973 en Estados Unidos, solo 19 de 50 estados aceptaban la participación legal de expertos en psicología, mientras que 3 la rechazaron. Sin embargo, en la segunda mitad de la década de los setenta, hubo un crecimiento significativo de la publicación de estudios de psicología



legal lo que produjo un gran aumento del número de miembros de la Sociedad Americana de psicología legal.

En Inglaterra, hasta la década de los sesenta, el trabajo legal del psicólogo estaba supeditado al del psiquiatra. En la década de los ochenta su contribución fue creciendo y comenzaron a trabajar de forma independiente al psiquiatra en la defensa de asuntos criminales, civiles y juveniles. En los últimos años, a pesar del aumento de la evidencia psicológica a nivel legal, su testimonio se utiliza en una proporción pequeña de casos.

En la actualidad la intervención en el campo legal del psiquiatra/psicólogo está relacionado con las siguientes funciones: a) asistencia a tribunales en calidad de testigo o perito; b) resolución de cuestiones relativas a internamientos en unidades psiquiátricas; c) resoluciones de cuestiones relativas a la competencia de los enfermos y d) resolución de cuestiones de responsabilidad profesional como suicidios, tratamientos, secreto profesional, historia clínica, etc. (Carrasco Gómez 1996)

### 2.3.5 FINANCIACIÓN

Otro aspecto que va a determinar las diferencias asistenciales entre psiquiatras y psicólogos son las cuestiones de financiación. La provisión y financiación de la psicoterapia para pacientes ambulatorios ha sido durante mucho tiempo un tema de discusión y controversia entre políticos, profesionales y pagadores de salud mental (Olfson, Marcus et al. 2002). Cada vez es mayor la aplicación de psicoterapias breves (Buck, Teich et al. 1999) en comparación con las psicoterapias de larga duración, las cuales son menos viables en los sistemas públicos de salud desde el punto de vista económico.

Entre 1996 y 2005 se produjo un descenso significativo y sustancial en el tratamiento psicoterapéutico administrado por psiquiatras estadounidenses. Entre 1996-1997 en el 44.4% de las visitas

psiquiátricas se administraba psicoterapia en comparación con el 28.9% entre 2004-2005. Estas tendencias ponen de manifiesto un cambio gradual pero importante en el contenido de la atención psiquiátrica ambulatoria en los Estados Unidos y un cambio continuo hacia la medicalización de la práctica psiquiátrica. Gran parte de este cambio se puede explicar por los cambios en la financiación de los servicios ambulatorios de salud mental y por el aumento de la prescripción de medicamentos. La magnitud de la falta de incentivos financieros para la provisión de psicoterapia fue destacada por un estudio que documentó que en sesiones de 40-50 minutos de psicoterapia con pacientes ambulatorios se reembolsó un 40.9 % menos que en tres sesiones de 15 minutos de manejo farmacológico (Silver 2003). Los pacientes que se costean el tratamiento, tienen más probabilidades de recibir tratamiento psicoterapéutico, seguido de los pacientes con seguros privados, mientras que, los pacientes con seguro público tienen menos probabilidades de recibir psicoterapia (Wilk, West et al. 2006).

La carga de trabajo psiquiátrico ha aumentado y en los últimos diez años se ha visto que los psiquiatras pasan menos tiempo directamente con el paciente y más con actividades administrativas, lo que ha contribuido a reducir el tiempo de psicoterapia (Scully and Wilk 2003). Así han aumentado las consultas de supervisión farmacológica disminuyendo sesiones de psicoterapia que necesitan más tiempo para poder afrontar la demanda de tratamiento actual. La aparición de los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina, con menos efectos secundarios y fáciles de dosificar, ha contribuido a la mejor aceptación del tratamiento farmacológico y al aumento de la demanda por parte de la población (Olfson, Marcus et al. 2002). La cuestión es, a parte de la rentabilidad financiera, cuales son las consecuencias clínicas de

la disminución del tratamiento psicoterapéutico (Wilk, West et al. 2006). Los nuevos sistemas de financiación de la salud mental han optado en la práctica por que los psiquiatras administren la farmacoterapia y otros especialistas en salud mental no médicos administren la psicoterapia. Suponen que este es un uso más rentable de los recursos sanitarios, y que el tratamiento integral administrado por un solo profesional es más costoso. Debido a esta tendencia, para el psiquiatra es cada vez más difícil proporcionar psicoterapia como en tiempos pasados, en el sistema público de salud (Goldman, McCulloch et al. 1998). El rápido avance en el tratamiento farmacológico y el aumento de la investigación clínica sobre la eficacia de los fármacos psicotrópicos en el tratamiento de un número creciente de trastornos mentales, ha promovido un cambio hacia modelos biológicos de tratamiento y ha reforzado el papel como fármacoterapeutas de algunos psiquiatras. El tratamiento integrado, en el que un solo médico proporciona psicoterapia y farmacoterapia está disminuyendo, es más frecuente el tratamiento dividido en el que la farmacoterapia es proporcionada por un psiquiatra o un médico no psiquiatra y la psicoterapia por un especialista en salud mental, no médico (Bradley 1990; Sullivan, Verhulst et al. 1993). Así en aquellos pacientes que requieren tratamiento combinado, a veces es el médico generalista el que trata y deriva al psiquiatra o psicólogo para psicoterapia (Schulberg, Block et al. 1996); (Katon, von Korff et al. 1992). Dewan en 1999), realizó un estudio en el que comprobó que cuando los pacientes necesitan un tratamiento combinado, si este es proporcionado por un solo psicoterapeuta es más efectivo y menos costoso que el tratamiento dividido; pero esto requiere la formación y la aplicación de psicoterapias con un nuevo enfoque tiempo-eficaz (Dewan 1999).

Pingitore y colaboradores, realizaron en el 2002 en California un estudio en el que encuestaron a una muestra pequeña de psiquiatras y psicólogos donde observaron grandes diferencias en cuanto a los ingresos por prestación asistencial. En estas diferencias intervienen muchos factores. En primer lugar que los psiquiatras atienden a muchos más paciente en menos tiempo debido a que parte de la atención es farmacológica y consume menos tiempo que abordajes psicoterapéuticos. En segundo lugar, los psiquiatras acceden a un mayor número de casos provenientes de los sistemas públicos de salud, en cambio muchos de los pacientes de los psicólogos se costean su tratamiento de forma privada, sin ningún tipo de cobertura médica. Y en tercer lugar, dado el exceso de oferta de tratamiento psicológico hace que abaraten los tratamientos impartidos por psicólogos (Pingitore, Scheffler et al. 2002).

En la actualidad, la práctica habitual de la atención clínica es cada vez más biologicista y algunos pacientes se tienen que costear el tratamiento psicoterapéutico de forma privada (a través de seguros médicos privados o personalmente) ya que el sistema público de salud no tiene recursos para afrontar la demanda.

Una práctica frecuente, para poder atender a la demanda, es la realización de grupos terapéuticos orientados a diferentes patologías mentales. Es una técnica que permite rentabilizar tiempo y costes, y permite aplicar abordajes psicoterapéuticos en los sistemas públicos de salud.

Como cada vez, las consultas son de menor duración y distanciadas en el tiempo, hay que preguntarse si verdaderamente es rentable desde el punto de vista económico. En muchas patologías, es preciso un tratamiento combinado y con un número determinado de sesiones. La medicalización excesiva de la enfermedad mental, puede favorecer

la persistencia de síntomas residuales o subclínicos, futuras recaídas y por tanto nuevas asistencias en el sistema de salud.

## 2.4 CONTROVERSIAS

### 2.4.1 CONCEPTO DE SALUD MENTAL

En este apartado reflexionaremos brevemente sobre el concepto de salud mental y sus consecuencias en la práctica clínica, en base al recorrido teórico que realiza el profesor Baca Baldomero (Baca Baldomero 1995).

La salud mental puede abordarse como un estado natural del ser humano y no como una situación que requiere una pérdida o un deterioro. No se trata de precisar los rasgos de una polaridad sino de estudiar un estado peculiar, su fundamentación y su sentido en el marco de la existencia humana.

Hay autores que pretenden definir la salud mental como la ausencia de enfermedad. El problema está en precisar si la enfermedad mental es, a su vez, una realidad o un concepto teórico-operativo y si es posible definir un concepto general de enfermedad mental (Hafner 1989). El mayor consenso se alcanza al considerar que la enfermedad mental ha de ser distinguida conceptualmente de la salud y que es necesario también distinguir cuidadosamente la enfermedad de las “desviaciones no enfermas”.

La aparición del psicoanálisis significó un importantísimo punto de inflexión en las posiciones descritas y supuso asimismo la apertura de otra vía de aproximación al problema. Freud propuso el postulado de la universalidad de la neurosis y declaró que “Un Yo normal y por extensión la normalidad, es una ficción ideal” (Freud 1937). Con esto lo que está planteando es que la salud mental o no existe o no puede ser, en todo caso, definida por la simple ausencia de psicopatología objetivable.

Las indagaciones sobre la conceptualización de la salud mental al

margen de la realidad, naturaleza y formas de presentación de la enfermedad mental han seguido diferentes caminos que confluyen en algunos aspectos y se separan en otros, pero que tiene como características diferenciales su énfasis en uno de estos tres factores: la descripción de rasgos (la salud mental como inventario de capacidades), la descripción de tipos (la salud mental como estructura de la personalidad) y la descripción de procesos (la salud mental como estilo de vida asumido).

La mayor parte de los intentos de definición de salud mental hace hincapié en rasgos más que en estructuras y muy pocos abordan en profundidad la concepción de la salud mental como proceso. El grueso de las aportaciones proviene de los autores de orientación analítica y éstos consideran los rasgos, como la capacidad de adaptación a la realidad, la capacidad de disfrute, la capacidad de relación (incluida la relación afectiva) y la capacidad de uso efectivo de la inteligencia (Jones 1931).

Las definiciones estructurales también proceden originariamente del psicoanálisis (Klein 1960) y ponen énfasis en el funcionamiento integrado del aparato psíquico y, como consecuencia, en el desarrollo de una estructura personal madura emocionalmente o, lo que es lo mismo, capaz de manejar adecuadamente las situaciones conflictivas tanto internas como externas. También aquí hay pocas diferencias de fondo entre los distintos autores, aunque puede observarse alguna discrepancia en cuanto a la extensión y contenido del término “madurez emocional”.

Las orientaciones antropológico-existenciales han querido dar a esta última frase un sentido de “madurez personal” que implica la participación y desarrollo de elementos no exclusivamente derivados del juego de las pulsiones y la referencia a una estructura a la vez sujeto y objeto de

valores y capaz, por tanto, de generar, en relación constante y dialéctica con el mundo en el que se desarrolla, una dinámica sana o de fracasar en esta tarea. Estas orientaciones se colocan más cerca de la descripción de un proceso que de una estructura, y suponen las primeras aportaciones sobre un concepto de salud mental basado en la consideración del devenir vital del sujeto en su conjunto (Spiegelberg 1972).

La definición de la OMS no ha conseguido plasmarse en criterios operativos pero ha auspiciado el desarrollo de una concepción de la salud mental que pretende basarse en dos polos complementarios: a) el bienestar y la satisfacción con la propia vida, conceptos que han desembocado en un intento de definición sincrética bajo el nombre de “calidad de vida”, y b) la presencia en el individuo de un complejo de capacidades y estrategias de conducta que le permitan afrontar con éxito una reducción de los riesgos de enfermar y la generación de un estilo de vida satisfactorio.

Aparte del marco teórico, que como vemos, es de difícil conceptualización, tenemos que trasladar a la práctica clínica la atención de “la pérdida de salud mental o enfermedad mental”. La limitación de los recursos conlleva necesaria e inevitablemente la limitación de las prestaciones asistenciales, y por tanto, hay que limitar que afecciones son susceptibles de atención psiquiátrica y cuáles no. En otras palabras, hay que distinguir entre patología “mayor” y “menor” en los problemas que aquejan a la salud mental. Hay que tener presente la “medicalización abusiva de las incidencias de la vida cotidiana” e intentar que la actividad psiquiátrica se dedique a “las auténticas enfermedades” delegando en otros profesionales las llamadas patologías “menores”.

Pero la realidad demuestra que las demandas más frecuentes están constituidas precisamente por esos aspectos “menores” y que uno de los

desafíos actuales consiste en definir, y distinguir, las necesidades que subyacen tras éstas y otras demandas. La solución debido a que “la salud mental es un concepto social que varía de una forma de sociedad a otra y de una cultura a otra” y unido a la recomendación de “considerar peligroso definir las enfermedades mentales en términos de desviación de la salud” nos hace ver que queda por dilucidar el núcleo central de lo que es y lo que supone la salud mental del ser humano.

Viendo las peculiaridades de lo que entendemos por salud mental, se deduce que en la práctica clínica nos enfrentamos a una demanda, en la que nos es difícil delimitar la enfermedad mental de las “desviaciones no enfermas”, qué es lo que debemos tratar y qué no y quién debe tratar.

Dada esta complejidad es necesario que tengamos una visión de tratamiento conjunto y coordinado entre psiquiatras y psicólogos.

#### **2.4.2 PSICOLOGIZACIÓN DE LOS PROBLEMAS COTIDIANOS**

Ya en 1987 se predijo el uso indiscriminado de la psiquiatría o de la psicología para hacer frente no a problemas médicos, sino a males sociales. Esta predicción se sustentaba en lo que se entendía como trastorno mental: cualquier cambio psicológico o conductual en ausencia de daño neurológico o de alteraciones neurorradiológicas o analíticas. (Detre and McDonald 1997) El actual incremento desmedido de los trastornos de adaptación, corrobora dicha predicción y refleja la tendencia actual sociocultural hacia la psicologización y medicalización cada vez mayor de las dificultades cotidianas (Pridmore 2008). Se ha sugerido, que la psicologización de la angustia ha disminuido el umbral de tolerancia de síntomas leves y ha aumentado la búsqueda de atención médica (medicalización) por dichos

síntomas. Un gran porcentaje de pacientes atendidos en atención primaria, consultan por síntomas físicos leves e inespecíficos que no tienen connotación patológica y por tanto no requerirían tratamiento; en la mayoría de los casos existen factores psicosociales implicados. Esto es lo que se denomina somatización, sintomatología leve sin repercusión patológica y que no necesitaría tratamiento. La educación sanitaria y las campañas preventivas de enfermedades graves (oncológicas, cardiovasculares, infecciosas...) contribuyen a un aumento de la demanda por somatización y por tanto, de tratamiento (medicalización). También estamos observando en los últimos años un aumento de la demanda por los llamados “Síndromes Somáticos Funcionales” (fatiga crónica, fibromialgia, síndromes alérgicos, hipersensibilidad alimentaria, etc.) en los que no existe una explicación clínica ni científica, ni tampoco un tratamiento eficaz y se tratan de grandes consumidores de recursos sanitarios. (Barsky and Borus 1995). Si unimos todo lo anterior con el estilo estresante de vida que presentan determinados sectores de la sociedad, podemos entender el incremento de los diagnósticos de T. Adaptativos, ya que el paciente entiende como enfermedad el malestar cotidiano y demanda tratamiento porque la tolerancia a dicho malestar es muy baja.

Es habitual en la práctica clínica diaria tanto de psiquiatras como de psicólogos, la atención de los trastornos adaptativos con la finalidad de facilitar la respuesta del individuo a situaciones vitales estresantes. Y no es inusual que, ante el mismo diagnóstico (Trastorno Adaptativo), el abordaje de tratamiento difiera (farmacoterapéutico, psicoterapéutico o combinado), puesto que depende de la tolerancia individual al síntoma.

#### 2.4.3 AVANCES EN EL TRATAMIENTO EN LA PATOLOGÍA MENTAL.

Como hemos descrito en la revisión histórica, son evidentes, los avances a lo largo de la historia en el conocimiento y tratamiento de las enfermedades mentales. Estos avances alcanzaron su máximo desarrollo durante el siglo XX, con las clasificaciones internacionales, las diferentes psicoterapias y con la aparición de la psicofarmacología.

A pesar de la estigmatización de los trastornos mentales, en los últimos años se ha realizado un enorme esfuerzo por desarrollar un lenguaje común a través del consenso DSM (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Diseases, de la Asociación Americana de Psiquiatría) y de la CIE (Clasificación Internacional de Enfermedades de la Organización Mundial de la Salud-OMS). Esto ha contribuido al progreso científico y asistencial para las enfermedades mentales.

La “revolución psicofarmacológica” influyó de forma sustancial, en la asistencia clínica de los enfermos mentales. Pero también la orientación comunitaria de abordaje del paciente mental, donde se realiza un tratamiento multidisciplinar que integra tratamientos psicoterapéuticos, neurobiológicos y medidas sociales.

Todos estos avances han facilitado el trabajo en equipo entre psiquiatras y psicólogos permitiendo obtener mejores resultados clínicos (Asiel 2000).

En la actualidad existe un amplio campo de investigación para el tratamiento de enfermedades mentales. Algunos ejemplos de novedades terapéuticas son:

- La Estimulación Magnética Transcraneal (EMT). La EMT modula la liberación de dopamina en el sistema mesolímbico y mesoestriatal tanto en animales como en humanos (Taber and Fibiger 1995; Keck, Welt et al. 2002). En la actualidad se realizan

ensayos con este tratamiento en múltiples trastornos mentales.

- En el campo de los antidepresivos, se están estudiando fármacos con nuevos mecanismos de acción. Todavía no están aprobados para su uso. Se trata de: agentes serotoninérgicos multimodales, inhibidores de triple recaptación (serotonina, noradrenalina y dopamina), tratamientos basados en neuroquininas, tratamientos glutaminérgicos, tratamientos que actúan en receptores nicotínicos, tratamientos basados en la neurogénesis y terapias antiglucocorticoideas. Con estos novedosos fármacos, se prevé un aumento en la eficacia y una mejora en la tolerabilidad en comparación con los antidepresivos actuales (Chang and Fava 2010).
- También avances genéticos en el campo de la psiquiatría se han visto impulsados en los últimos años por el desarrollo de métodos de análisis de alto rendimiento. Las nuevas tecnologías de genotipado, más baratas y rápidas, han facilitado la identificación de genes implicados en procesos fármaco-cinéticos y fármaco-dinámicos que contribuyen a la variabilidad observada en la respuesta al tratamiento farmacológico. Existen ya algunos tests genéticos disponibles en el mercado para su uso comercial y clínico, diseñados para determinar el perfil metabólico del paciente, predecir el nivel de eficacia del fármaco o para estimar el riesgo de desarrollar efectos secundarios. Sin embargo por el momento, la mayoría de estos tests tienen un valor predictivo muy limitado, sin llegar en ningún caso al 100%. Este hecho no es sorprendente si

tenemos en cuenta que la respuesta al tratamiento en pacientes psiquiátricos no está sólo determinada por factores genéticos, sino que factores ambientales y clínicos también juegan, probablemente, un papel clave en la variabilidad de respuesta (Arranz and Kapur 2008). Aun así, la información genética podría ser de utilidad para seleccionar el fármaco y las dosis con mayor probabilidad de funcionar mejor y con menos efectos secundarios en cada paciente.

Estos avances son susceptibles de modificar el tratamiento habitual de la enfermedad mental en el futuro. Podemos suponer que estos cambios darán lugar a un cambio en la atención de los trastornos mentales y secundariamente a la relación entre psiquiatras y psicólogos.

## 2.5 REVISIÓN DE LA LITERATURA

Son pocos los estudios que han comparado los patrones de práctica clínica de psiquiatras y psicólogos. A continuación revisaremos aquellos que investigan esta cuestión de forma similar a nuestro estudio.

Estos estudios han sido seleccionados a través de una búsqueda en bases científicas (PubMed, Scopus, Web of Science) y la consulta de referencias bibliográficas de artículos relacionados.

**Virués-Ortega, J.**, (Virués 2003) evaluó en el año **2004** el grado de integración de los psicólogos clínicos en los servicios de salud mental españoles, así como la actividad asistencial distintiva y de colaboración entre psicólogos clínicos y psiquiatras. Para ello contactó telefónicamente con todas las áreas docentes de la especialidad de psicología clínica previamente al envío de una

encuesta. Obtuvo evaluaciones de 151 dispositivos diferentes pertenecientes al 48.5% (33/68) de áreas docentes. Observó una considerable integración profesional de la psicología clínica y un alto grado de asunción de responsabilidades clínicas y colaboración interprofesional. La actividad del psicólogo aunque altamente considerada se juzga frecuentemente como subsidiaria a la del psiquiatra. Cuando existe actividad asistencial diferenciada, los trastornos psicóticos se asocian a psiquiatras mientras que los trastornos de ansiedad, adaptativos y afectivos se asocian a psicólogos clínicos.

Este estudio demuestra que, de los dispositivos evaluados, en el 47.5%, psiquiatras y psicólogos clínicos atienden iguales situaciones clínicas, mientras que en el 52.5% se asignan diagnósticos diferentes (trastornos psicóticos a psiquiatras, y trastornos adaptativos, de ansiedad y del ánimo a psicólogos). La colaboración interprofesional, al menos en cierto tipo de trastornos, es la nota característica hasta en el 94,7% de los servicios evaluados. Resulta llamativa la alta frecuencia de casos en los que los psiquiatras realizan tratamientos psicológicos denotando una insuficiente distinción interprofesional. Sobre la delimitación de roles profesionales entre psicólogos y psiquiatras, sus resultados describen la existencia de un modelo tradicional en el que los diagnósticos atendidos por psiquiatras y psicólogos están disociados y un modelo no tradicional en el que no existen distinción en función de entidades diagnósticas según el tipo de profesional. Con relación al modelo tradicional, los trastornos psicóticos son claramente la seña de identidad de los especialistas en psiquiatría, siendo los trastornos de ansiedad, trastornos del estado de ánimo y trastornos de inicio en la infancia y del comportamiento alimentario los más destacados entre los especialistas en psicología clínica.

**Pingitore, D.P.** y colaboradores (Pingitore, Scheffler et al. 2002), compararon en el **2002** las diferencias en la práctica clínica entre psicólogos y psiquiatras. Para ello utilizaron la encuesta nacional de práctica psiquiátrica de 1998 y de la encuesta de práctica psicológica del 2000, sobre temas relacionados con carga de trabajo, tipo de práctica clínica y modalidad de pago. Participaron 97 psiquiatras y 395 psicólogos. Se obtuvo que los psiquiatras trabajaban más horas a la semana que los psicólogos. Los psiquiatras veían más trastornos psicóticos en comparación con psicólogos, y éstos más trastornos de ansiedad y de personalidad que los psiquiatras. El pago de los psiquiatras provenía principalmente de seguros públicos, mientras que el de los psicólogos provenía de seguros privados. También concluyen, que la diferencia salarial entre psiquiatras y psicólogos puede deberse al gran aumento de la oferta psicológica que afecta negativamente a los psicólogos.

**Olfson M. y Pincus H.A.** (Olfson and Pincus 1996), en el año **1996** analizaron a través de una encuesta nacional de gasto médico de 1987, cuantos y qué tipo de pacientes recibían atención en salud mental por diferentes profesionales (psiquiatras, psicólogos, médicos generalistas y otros especialistas). En 1987, el 4.1% de americanos no institucionalizados (9.0 millones) realizaron 84 millones de consultas en salud mental extrahospitalarias. Los psiquiatras recibieron significativamente más consultas que los psicólogos por esquizofrenia, trastorno bipolar, abuso de sustancias y depresión, pero significativamente menos consultas por trastornos de ansiedad. La mayor parte de las consultas en médicos generalistas, eran por alteraciones de conducta y abuso de sustancias, mientras que otros especialistas recibieron la mayor parte de

consultas por retraso mental y trastornos de la infancia.

De acuerdo con este estudio, los pacientes con mayor nivel socio-cultural, empleados y con buen nivel económico, suelen recibir tratamiento psicológico con mayor frecuencia que aquellos desfavorecidos socialmente que son tratados mayoritariamente por psiquiatras y otros médicos no especialistas en salud mental.

Muchos otros estudios han descrito diferentes aspectos relacionados con el tipo de asistencia sanitaria administrada a los problemas de la salud mental. En las próximas páginas expondremos algunos de estos estudios.

**Mojtabai, R.** y colaboradores (Mojtabai and Olfson 2008) examinaron la frecuencia de psicoterapia administrada por psiquiatras en EEUU entre los años 1996 y 2005 a través de una encuesta nacional de atención médica ambulatoria. Se valoraron aquellas visitas de más de 30 minutos. El porcentaje de visitas en las que se impartía psicoterapia disminuyó del 44.4% en 1996-1997 al 28.9% en 2004-2005. Esta disminución fue atribuida a la disminución de psiquiatras especializados en psicoterapia y al aumento de especialistas en farmacoterapia, cambios que estaban probablemente en relación con los incentivos financieros y el crecimiento en los tratamientos psicofarmacológicos.

Estas tendencias ponen de manifiesto un cambio gradual pero importante en el contenido de la atención psiquiátrica ambulatoria en los Estados Unidos y un cambio continuo hacia la medicalización de la práctica psiquiátrica. Gran parte de este cambio se puede explicar por los cambios en la financiación de los servicios ambulatorios de salud mental y por el aumento de la prescripción de medicamentos.

**Olfson, M.** y colaboradores (Olfson, Marcus et al. 2002), también estudiaron

la frecuencia del uso de psicoterapia en EEUU a nivel ambulatorio en los años 1987 y 1997 a través de una encuesta de gasto médico. Observaron que el acceso a la psicoterapia en los EEUU se mantuvo constante en este periodo de tiempo, pero se caracterizó por un mayor uso en grupos desfavorecidos socialmente. Lo que disminuyó fue el número de visitas por usuario y la psicoterapia se administró mayoritariamente por médicos y casi siempre en combinación con psicofármacos.

El patrón de utilización de la psicoterapia en EEUU sufrió varios cambios importantes durante la década en la que se realizó este estudio. El uso de psicoterapia a largo plazo disminuyó en general, y el uso de psicofármacos aumentó. Al mismo tiempo, se aumentó el uso de psicoterapia en grupos desfavorecidos a nivel socioeconómico y personas con enfermedades mentales graves formaban una proporción de pacientes cada vez mayor de pacientes en seguimiento a largo plazo. Estos cambios se produjeron en un contexto de avances en los tratamientos psicofarmacológicos, de desarrollo de herramientas que permiten diagnósticos rápidos, de un cambio en la actitud social hacia el tratamiento de las enfermedades mentales y de importantes revisiones en la organización y la financiación de los servicios de salud mental.

**Schulberg, H.C.** y colaboradores (Schulberg, Block et al. 1996), realizaron un estudio en el que observaron que el tratamiento para la depresión mayor era más eficaz cuando la psicoterapia y farmacoterapia eran administradas por psiquiatras y psicólogos que cuando se trataba desde atención primaria.

**Goldman, W.** y colaboradores (Goldman, McCulloch et al. 1998), realizaron un estudio para examinar la utilización y el coste entre los pacientes deprimidos en dos modelos de



tratamiento. El integrado, donde recibían psicoterapia y farmacoterapia por un psiquiatra, y el dividido, en el que la farmacoterapia era proporcionada por un psiquiatra y la psicoterapia por un psicólogo. Los resultados no apoyaron la hipótesis de que el tratamiento integral fuera más costoso (puesto que el nivel salarial de los psiquiatras es mayor que el de otros profesionales de salud mental). Los nuevos sistemas de financiación de la salud mental han optado en la práctica por que los psiquiatras administren la farmacoterapia y otros especialistas en salud mental no médicos la psicoterapia. Suponen que este es un uso más rentable de los recursos sanitarios, y que el tratamiento integral administrado por un solo profesional es más costoso. Debido a esta tendencia, para el psiquiatra es cada vez más difícil proporcionar psicoterapia como en tiempos pasados, en el sistema público de salud.

**Wilk, J.E.** y colaboradores (Wilk, West et al. 2006), examinaron los patrones y predictores de quienes recibían psicoterapia entre los pacientes atendidos por psiquiatras. Vieron que los pacientes con depresión recibían psicoterapia en más del 70%, mientras que los diagnosticados de esquizofrenia la recibían en menos del 50% de los casos. El 66% de los pacientes recibían algún tipo de psicoterapia, el 56% la recibía de su psiquiatra y el 10 % por otro terapeuta. Los resultados indican que más de un tercio se los pacientes no recibieron psicoterapia, y más de la mitad de todos los pacientes con esquizofrenia tampoco la recibieron. Sin embargo, los pacientes con síntomas psicóticos moderados tenían más probabilidades, que aquellos con síntomas graves, de recibir psicoterapia. La cuestión es, a parte de la rentabilidad financiera, cuales son los resultados clínicos de la disminución del tratamiento psicoterapéutico. Si no se proporciona psicoterapia, los resultados terapéuticos será peores y habrá una

disminución de la rentabilidad de la atención prestada.

**Scully, J.H.** (Scully and Wilk 2003) estudió las características de la actividad psiquiátrica en la práctica clínica en EEUU. Observó que la demanda psiquiátrica había crecido un 86.7% en adultos y en infantil un 194.6%. A pesar de este crecimiento, trabajan menos horas y pasan menos tiempo en la atención directa con el paciente pero más tiempo realizando tareas administrativas.

Los pacientes que se costeen el tratamiento, tienen más probabilidades de recibir tratamiento psicoterapéutico, seguido de los pacientes con seguros privados, mientras que, los pacientes con seguro público tienen menos probabilidades de recibir psicoterapia.

La mayoría de los estudios concuerdan en la existencia de importantes diferencias asistenciales entre psiquiatras y psicólogos. Los trastornos psicóticos son atendidos en mayor proporción por psiquiatras, mientras que los psicólogos atienden mayoritariamente los trastornos de ansiedad, trastornos del ánimo y trastornos de inicio en la infancia. También destacan la disminución de la psicoterapia en el tratamiento de las patologías mentales y el aumento en el uso de los psicofármacos. Varios autores señalan los sistemas de financiación y la medicalización de la enfermedad mental como origen de estas diferencias.

**Tabla 5. Resumen de los principales estudios sobre patrones clínicos de psiquiatras y psicólogos**

AUTOR/ AÑO	MUESTRA	DISEÑO METODOLÓGICO	PRINCIPALES HALLAZGOS
<b>Virués-Ortega J., 2004.</b>	151 unidades docentes, entrevistados psicólogos internos residentes	Estudio descriptivo sobre la base de un cuestionario de evaluación de la actividad de psiquiatras/psicólogos en la unidad	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Los trastornos psicóticos son tratados principalmente por psiquiatras (82.8%).</li> <li>- Los trastornos de ansiedad los trastornos adaptativos (48.9%) y los trastornos del estado del ánimo (22.2%) los tratan en su mayoría psicólogos.</li> <li>- Alto grado de integración profesional de la psicología clínica.</li> </ul>
<b>Pingitore D.P., Scheffler R.M., 2002.</b>	97 psiquiatras y 395 psicólogos.	Estudio descriptivo sobre la base de una encuesta de práctica psiquiátrica/psicológica realizada por psicólogos y psiquiatras de los servicios de salud mental del California.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- No existen diferencias significativas de atención entre psicólogos y psiquiatras para los trastornos de la infancia, los trastornos por abuso de sustancias y para los trastornos del estado del ánimo.</li> <li>- Los trastorno de ansiedad (20.3% psc frente al 14.3% psq) y los trastornos de personalidad (9.7% psc frente al 8.7% psq) son tratados en mayor proporción por psicólogos.</li> <li>- La esquizofrenia y otros trastornos psicóticos (15.7% psq frente al 3.9% psc) son tratados principalmente por psiquiatras.</li> </ul>
<b>Olfson M., Pincus H.A., 1996.</b>	38446 informantes que conforman una muestra representativa de la población americana	Encuesta poblacional	<ul style="list-style-type: none"> <li>- La esquizofrenia (36.6% psq frente al 12.2% psc), el trastorno bipolar (55.4% psq frente al 22% psc) y la depresión (39.4% psq frente al 27.2% psc), es el psiquiatra quien los trata en mayor proporción.</li> <li>- Los trastornos de ansiedad (33.6% psc frente al 26.1% psq) los trata mayoritariamente el psicólogo.</li> <li>- Los trastornos por uso de sustancias (36.9% frente al 20.3% psq y 8.7% psc) y los trastornos adaptativos (41.5% frente al 15.6% psq y 14.4 % psc) son tratadas por el médico de atención primaria principalmente.</li> <li>- El retraso mental y los trastornos de la infancia (84.0% frente al 6.7% psq y 7.6% psc) son tratados por otros especialistas.</li> </ul>

## 2.6 RESUMEN.

La psiquiatría y la psicología clínica como ciencia, tuvieron un origen muy distinto. En el siglo XX experimentan un gran desarrollo y es cuando convergen, al ser la enfermedad mental el objeto de tratamiento para ambas disciplinas. La psiquiatría ha estado siempre en manos de médicos y por tanto unida al paciente como enfermo; la psicología tiene su origen en la filosofía y sus principios como una ciencia experimental. Por tanto, en el campo clínico no se ha realizado un trabajo conjunto hasta que con el desarrollo de la psicología clínica, no sólo se evalúa al paciente sino que también se trata. Es más, comienza una relación estrecha entre ambas disciplinas y actualmente los equipos de salud mental siempre los forman psicólogos y psiquiatras, entre otros profesionales. Desde el punto de vista formativo también hay diferencias. La psiquiatría es una ciencia médica básica, es la parte de la medicina que trata las enfermedades mentales, y la psicología es una ciencia que se define por el estudio del comportamiento en todas sus manifestaciones y contextos. Van a coincidir en que su objeto de trabajo es el trastorno mental, de tal forma que las funciones profesionales de los psicólogos clínicos y de los psiquiatras convergen en gran medida. Pero la formación académica de ambos profesionales es diferente en sus inicios. Los psicólogos comienzan su formación estudiando el comportamiento humano, mientras que los psiquiatras estudian el ser humano enfermo. Ambas disciplinas convergen en la formación práctica, cuando el objeto de estudio es el trastorno mental. De ahí que el programa formativo de ambas especialidades clínicas no presente diferencias significativas. Abarca la investigación, explicación, comprensión, prevención, evaluación, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de los trastornos mentales, así como los fenómenos y procesos psicológicos,

comportamentales y relacionales que inciden en la salud y la enfermedad de las personas, desde una concepción integral y multi-determinada de la salud y enfermedad humana. Para ello se vale de procedimientos de investigación científica contrastados y contrastables (BOE 2008; BOE 2009).

En España, a lo largo de las últimas tres décadas la presencia de la psicología en los servicios de salud mental ha experimentado un notable avance. La labor realizada inicialmente por los psicólogos estuvo limitada a la evaluación psicométrica, mientras la responsabilidad del diagnóstico y el tratamiento constituía una responsabilidad exclusiva del psiquiatra (Eysenck 1950). Con el desarrollo de modelos psicológicos específicos de evaluación y tratamiento la labor profesional del psicólogo clínico fue alcanzando cotas crecientes de responsabilidad (Hetherington 1983). En el caso español, este proceso requiere de la consideración de dos hitos: la instauración progresiva de la Reforma Psiquiátrica a partir de 1985 (Psiquiátrica. 1985) y la convocatoria a nivel nacional de la formación de psicólogos clínicos como especialistas sanitarios a partir de 1993 (Virués 2003).

En EEUU la psiquiatría a principio del siglo XX era muy precaria y no contaba con la financiación suficiente para desarrollarse; la psicología solo se dedicaba a realizar estudios psicométricos y estaba subordinada a la psiquiatría. Tras la segunda guerra mundial sufre un importante desarrollo tanto la psiquiatría como la psicología clínica debido a la financiación estatal para el tratamiento de la patología mental de los soldados. Este desarrollo hace que se establezca la psicología independiente a la psiquiatría, a la que estaba subordinada, desarrollando un programa de formación universitaria. A mediados de siglo el tratamiento predominante era el psicoanalítico. Es en la segunda mitad

del siglo XX cuando, con el desarrollo de los psicofármacos, el tratamiento psicoanalítico se reduce drásticamente y se fomenta la psiquiatría biologicista. En el campo de la psicología clínica también se sustituyen las terapias psicoanalíticas por las cognitivos conductuales menos costosas y de menor duración.

En Alemania en los años sesenta, N. Petrilowitsch (Petrilowitsch 1960) defiende la colaboración entre psicólogos y psiquiatras de la época, en el que hace una crítica al psicólogo como científico reclamando la formación clínica de éste. Está en contra de lo que él llama “psicologismo de la psiquiatría”, que al carecer de experiencia clínica suficiente, la tendencia es a relacionar los síntomas individuales con hechos del transcurso de la vida y se excede en interpretaciones erróneas. Ya apuntaba, lo que en la actualidad ocurre en el tratamiento del enfermo mental; la intervención multidisciplinar, la estrecha relación psiquiatra/psicólogo, la necesidad de formación de psicólogos clínicos y el origen biológico de algunas patologías mentales. La diferencia, al igual que en la psiquiatría mundial de mediados del siglo veinte, es que considera al psicólogo como un subordinado del psiquiatra.

En el terreno legal también hay diferencias en cuanto a la participación de psiquiatras y psicólogos. La primera evidencia de la participación legal del psiquiatra data de la primera mitad del siglo dieciocho, pero no es hasta el siglo diecinueve cuando se reconoce esta participación. Algunas décadas más tardes, coincidiendo con el reconocimiento de la psicología como ciencia, comienza la intervención de la psicología en los procesos judiciales.

En la actualidad un aspecto determinante en las diferencias asistenciales entre psiquiatras y psicólogos son las cuestiones de financiación. La provisión y financiación de la psicoterapia para pacientes ambulatorios ha sido durante mucho tiempo un tema de discusión y

controversia entre políticos, profesionales y pagadores de salud mental. Los nuevos sistemas de financiación de la salud mental han optado en la práctica por que los psiquiatras administren la farmacoterapia y otros especialistas en salud mental no médicos la psicoterapia. Suponen que este es un uso más rentable de los recursos sanitarios, y que el tratamiento integral administrado por un solo profesional es más costoso. En nuestra práctica habitual la atención clínica cada vez es más biologicista y algunos pacientes se tienen que costear el tratamiento psicoterapéutico de forma privada (a través de seguros médicos privado o personalmente) ya que el sistema público de salud no tiene recursos para afrontar la demanda.

Las peculiaridades de lo que entendemos por salud mental, tiene un gran interés a nivel asistencial ya que afecta directamente al trabajo tanto de psiquiatras como de psicólogos. En la práctica clínica nos enfrentamos a una demanda, en la que nos es difícil delimitar la enfermedad mental de las “desviaciones no enfermas”, que es lo que debemos tratar y que no y quién debe tratar. La limitación de los recursos conlleva necesaria e inevitablemente la limitación de las prestaciones asistenciales, y por tanto, hay que limitar que afecciones son susceptibles de atención psiquiátrica y cuáles no. En otras palabras, hay que distinguir entre patología “mayor” y “menor” en los problemas que aquejan a la salud mental. Hay que tener presente la “medicalización abusiva de las incidencias de la vida cotidiana” e intentar que la actividad psiquiátrica se dedique a “las auténticas enfermedades” delegando en otros profesionales las llamadas patologías “menores”.

Pero la realidad demuestra que las demandas más frecuentes están constituidas precisamente por esos aspectos menores que junto con los estilos estresante de vida que presentan

determinados sectores de la sociedad, explican el incremento de los diagnósticos de trastornos adaptativos. El paciente entiende como enfermedad el malestar cotidiano y demanda tratamiento porque la tolerancia a dicho malestar es muy baja.

Allan L. Reiss, (Reiss 2009) sostiene que los avances en el desarrollo de la comprensión del cerebro y del comportamiento no han ido acompañados por revisiones de la estructura académica tradicional. Para mejorar la práctica clínica, la investigación y la capacitación, es preciso tomar medidas que desafíen los límites tradicionales de los departamentos. Los avances revolucionarios en neuroimagen, genética y biología molecular, han permitido a muchas disciplinas médicas empezar a construir un modelo dinámico del cerebro humano, que tiene en cuenta la influencia de interacciones entre factores genéticos, neurofisiológicos y ambientales, sobre el desarrollo neurológico. Los científicos y médicos del futuro tendrán que considerar estas interacciones para comprender el tratamiento de los trastornos mentales y así poder adecuarlos. Esto requerirá cambios significativos en la formación, investigación y en la coordinación interdisciplinaria.

Los recientes avances en la comprensión de las bases biológicas de la enfermedad mental han favorecido el desarrollo de fármacos más específicos y de nuevos tests (ejemplo: farmacogenética) que podrían facilitar el diagnóstico y tratamiento de los trastornos mentales en el futuro. Si estos avances se verifican pueden modificar la práctica de la atención clínica en salud mental y secundariamente la organización de la misma y la relación entre los profesionales de salud mental.

Los límites interdisciplinarios fueron creados y mantenidos por la divergencia de las historias y enfoques filosóficos. Los avances científicos en las últimas

décadas han dejado claro que los límites de las disciplinas son en su mayoría artificiales y arbitrarios. Por tanto, para los trastornos mentales es esencial romper las barreras disciplinarias.

Algunos programas de formación han comenzado a preparar médicos e investigadores con enfoques multidisciplinarios que permitan la traslación de conocimientos genéticos, neurocientíficos, del comportamiento y de áreas cognitivas, a la clínica aplicada.

Como se describe en los párrafos anteriores, existen y han existido numerosos aspectos diferenciales entre psiquiatras y psicólogos a pesar de que para ambos el objeto de trabajo sea el mismo, el enfermo mental. Esto indiscutiblemente repercute en diferencias asistenciales entre ambos grupos de profesionales. El estudio que presentamos, nos va a permitir conocer dichas diferencias y extraer conclusiones de la práctica real, ya que contamos con una amplia muestra poblacional que refleja directamente la práctica habitual de los centros de salud mental. La población de la que extraemos la muestra se asienta en un área metropolitana formada por zonas sanitarias muy amplias y con gran diversidad a nivel social, económico y cultural. Debido al gran número de centros de salud que forman parte del estudio, contamos con la aportación clínica de numerosos profesiones, y por tanto de una gran diversidad de enfoques diagnósticos y terapéuticos. La amplitud de la muestra hace que los resultados sean un mejor reflejo de la práctica clínica real y provean una aproximación más precisa que los estudios clínicos de casos con muestras de menor tamaño. Aunque en la literatura existen estudios que examinan las diferencias asistenciales entre psiquiatras y psicólogos, ninguno se acerca a la realidad de la práctica clínica como lo hace este estudio que presentamos, porque: a) los estudios que más se aproximan al nuestro, obtienen los

datos a través de encuestas de profesionales o poblacionales y no valoran directamente datos reales de la actividad asistencial, lo cual tienen bastantes limitaciones. Son estudios transversales, de muestras pequeñas, a expensas de errores de los informantes no especialistas (Olfson and Pincus 1996; Olfson, Marcus et al. 2002; Pingitore, Scheffler et al. 2002; Virués 2003); b) otros centran el estudio en la valoración de un tipo de tratamiento como la psicoterapia (Olfson, Marcus et al. 2002; Wilk, West et al. 2006; Mojtabai and Olfson 2008) y c) varios estudios tienen como objetivo valoraciones económicas (Olfson and Pincus 1996; Goldman, McCulloch et al. 1998; Scully and Wilk 2003).

### 3 OBJETIVOS E HIPÓTESIS

---

**Resumen.** El objetivo principal del estudio es describir los patrones clínicos más habituales y las diferencias en el perfil de pacientes atendidos por psiquiatras y psicólogos clínicos en centros de salud mental de la Comunidad de Madrid a lo largo de un periodo de 30 años. Intentaremos describir las similitudes y las diferencias en la atención clínica realizada por ambos grupos de profesionales. Hipotetizamos que los psiquiatras atenderán en mayor medida patologías relacionadas con alteraciones biológicas y que los psicólogos se centrarán en diagnósticos que son más susceptibles de un abordaje psicoterapéutico.

---

#### 3.1 OBJETIVOS

##### 3.1.1 OBJETIVO PRINCIPAL

El objetivo principal de este trabajo es describir los patrones clínicos de trabajo de los psiquiatras y psicólogos, haciendo especial énfasis en las características clínicas de los pacientes que atienden. En este estudio se compararon las características clínicas de los pacientes tratados por dos de los mayores grupos de profesionales que prestan servicios de salud mental en España. En concreto, se examinaron los diagnósticos asignados a los pacientes que recibieron tratamiento por psiquiatras y/o psicólogos en la Comunidad de Madrid (España) desde 1980 hasta 2008. También fueron examinados de manera preliminar las tendencias longitudinales del perfil clínico de los pacientes atendidos por psiquiatras y psicólogos.

##### 3.1.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Describir la frecuencia de diagnósticos asignados a los pacientes atendidos en salud mental.
2. Comparar la frecuencia de diagnósticos asignados por psiquiatras y por psicólogos.
3. Comparar la frecuencia de diagnósticos en función del sexo.

4. Describir los diagnósticos más frecuentes para ambos grupos de profesionales.
5. Comparar la evolución de los pacientes atendidos por psiquiatras y psicólogos
6. Describir la evolución de la atención en salud mental en los últimos 30 años en la Comunidad Autónoma de Madrid.

### 3.2 HIPÓTESIS

1. Existen diferencias significativas en los patrones clínicos y en los diagnósticos asignados por psiquiatras y psicólogos clínicos de los centros de salud mental de la Comunidad de Madrid entre los años 1980-2008.

2. Los psiquiatras atendieron más pacientes cuya patología era derivada de alteraciones biológicas como: “Trastornos mentales orgánicos, incluidos los sintomáticos” (F0), “Trastornos mentales y del comportamiento debido al consumo de sustancias psicotrópicas” (F1), “Esquizofrenia, trastorno esquizotípico y trastorno de ideas delirantes” (F2), “Trastornos del humor” (F3) y “Retraso mental” (F7).

3. Los psicólogos atendieron más pacientes con diagnóstico de “Trastornos neuróticos, secundarios a situaciones estresantes y somatomorfos” (F4), “Trastornos del comportamiento asociados a disfunciones fisiológicas y a factores somáticos” (F5), “Trastornos de personalidad y del comportamiento del adulto” (F6), “Trastornos del desarrollo psicológico” (F8) y “Trastornos del comportamiento y de las emociones de comienzo habitual en la infancia y adolescencia” (F9), donde las técnicas psicoterapéuticas y el desarrollo de habilidades de afrontamiento son la parte central del tratamiento.

4. En los últimos 30 años (1998-2008) se ha producido un aumento de los diagnósticos dentro de la categoría “Trastornos neuróticos, secundarios a situaciones estresantes y somatomorfos” (F40-F49) en la Comunidad de Madrid, secundario fundamentalmente al diagnóstico de trastorno adaptativo.

5. Entre los años 1980 y 2008 ha existido, en la Comunidad de Madrid, mayor proporción de mujeres que de hombres en

seguimiento tanto por psicólogos como por psiquiatras de la red de Salud Mental.

6. A lo largo de los últimos 30 años se ha producido un aumento de la población atendida en las consultas de centros de salud mental de la Comunidad de Madrid tanto por psiquiatras como por psicólogos.



## 4 MATERIAL Y MÉTODOS

---

**Resumen.** A lo largo del presente estudio, entre los años 1980 y 2008, la población de la Comunidad Autónoma de Madrid (CAM) ha experimentado cambios tanto cuantitativos como cualitativos (estado civil, extranjeros, formación académica, envejecimiento, etc.). Este trabajo se basa en un registro de las visitas ambulatorias que se llevó a cabo en el 85% de los centros públicos de salud mental de la CAM. Se utilizó una submuestra de datos que sólo incluyó a pacientes con al menos una evaluación por un psiquiatra o un psicólogo clínico, tres consultas, y un diagnóstico registrado. De esta forma se garantiza que los pacientes fueron evaluados y diagnosticados por un especialista en salud mental y que se estableció un seguimiento. En esta sección se describirán los métodos utilizados para comparar la labor asistencial de psiquiatras y psicólogos en la práctica clínica habitual.

---

### 4.1 CARACTERÍSTICAS SOCIO-DEMOGRÁFICAS DEL ÁREA METROPOLITANA DE LA COMUNIDAD DE MADRID

En la tabla 7 se recogen las principales características socio-demográficas de la Comunidad Autónoma de Madrid (CAM) según los últimos datos del Instituto Nacional de Estadística y del Instituto de Estadística de la Comunidad Autónoma de Madrid. (IECM 1985-2012; INE Segundo trimestre de 2010). En la tabla 7 podemos ver también el aumento de la población total de la CAM entre 1981 y el 2008, pasando de 4.686.895 personas a 6.271.638 personas. Del total de la población de la CAM en 2008, 1.005.381 eran extranjeros, mayoritariamente de América del sur y central y europeos.

Aproximadamente el 50% son población activa (3.356.000), de los cuales 291.600 estaban desempleados, los que supone el 8.68% de la misma.

El 15.9 % de la población total en el 2008 cursaban estudios no universitarios y solamente el 0.17% cursaban estudios universitarios.

En 2008 tan sólo la mitad de la población estaba afiliada a la seguridad social, un 14.27% eran mayores de 65 años y un 3.82% estaban discapacitados. Del total de discapacitado, el 21.8% padecían una discapacidad psíquica.

Tabla 6. Características socio-demográficas del área metropolitana de la comunidad de Madrid.

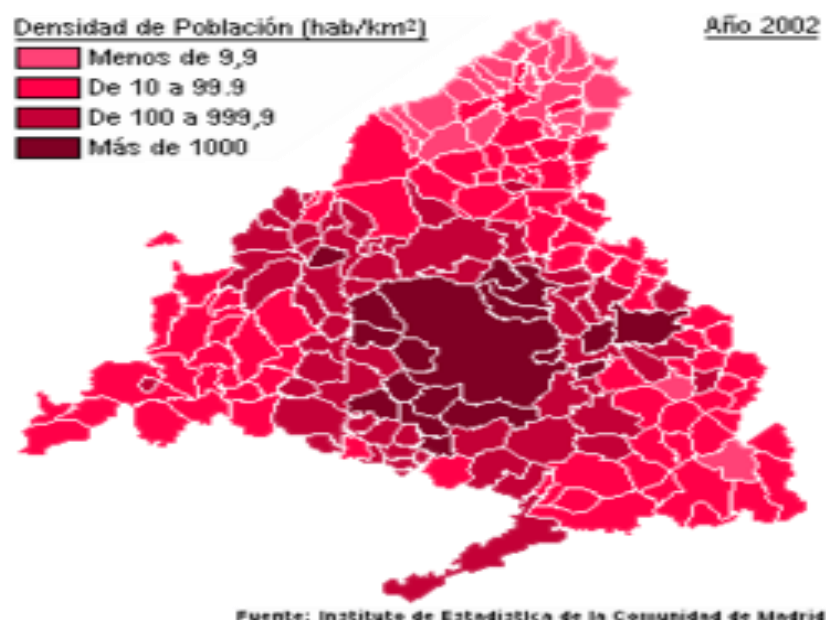
<b>Características de población según la superficie (Km2).</b>				
	<b>1981</b>		<b>2008</b>	
<b>Total</b>	4.686.895		6.271.638	
Hombre	2.261.419		3.040.658	
Mujeres	2.425.476		3.230.980	
	<b>1998</b>		<b>2008</b>	
<b>Extranjeros</b>	147.175		1.005.381	
Europa	37.683		358.971	
África	33.031		115.020	
América del Norte	5.903		13.987	
América Sur y Central	56.479		455.792	
Asia	13.782		58.085	
Oceanía	195		395	
Apátridas	102		129	
<b>Estado civil</b>	<b>1991</b>		<b>2001</b>	
	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres
Solteros	1.175.952	1.143.656	1.257.552	1.205.843
Casados	1.136.006	1.144.282	1.225.935	1.225.843
Viudos	44.148	231.174	48.881	254.648
Separados	17.634	26.464	40.853	60.583
Divorciados	9.960	18.279	26.761	47.208
<b>Envejecimiento (&gt; 65 años)</b>	<b>1981</b>		<b>2008</b>	
Total	9.27% (434.472)		14.27% (895.421)	
Hombres	7.32%		11.94%	
Mujeres	11.08%		16.48%	
<b>Discapacidad</b>	<b>2005</b>		<b>2008</b>	
Total	209.179		239.789	
Física	130.356		147.526	
Psíquica	43.704		52.452	
Sensorial	35.119		39.811	
<b>Afiliados a la seguridad social (media anual)</b>	<b>2003</b>		<b>2008</b>	
	2.550.971		3.028.557	
<b>Actividad económica. Mayores de 16 años</b>	<b>2001</b>		<b>2008</b>	
Total				
Activos	2.560.200		3.356.000	
Ocupados	2.366.500		3.064.400	
Parados	193.700		291.600	
Pensionistas	971.129		1.105.178	
<b>Formación académica</b>	<b>1999-00</b>		<b>2007-08</b>	
Alumnos	Privados	Públicos	Privados	Públicos
Educación Infantil	62.964	92.194	138.014	133.781
Educación primaria	143.334	167.886	163.780	185.996
Educación secundaria oblig.	109.666	143.105	112.041	124.362
Bachillerato	4.934	48.106	36.418	46.660
Ciclos formativos	8.454	28.655	11.983	34.271
Garantía Social	1.689	2.435	2.103	4.146
Educación Especial	2.296	2.050	2.045	2.170
Totales	223.671	484.431	466.384	531.386

#### 4.2 DENSIDAD DE POBLACIÓN DE LA COMUNIDAD DE MADRID

La densidad de población de la región es de 809 hab/km<sup>2</sup> (INE 2011), muy superior a la del conjunto de España (93,51 hab/km<sup>2</sup>). Sin embargo, este indicador esconde enormes oscilaciones, conforme se considere la zona central de la comunidad o los límites de la misma. La gran mayoría de la población de la

comunidad autónoma se concentra en la capital y en sus alrededores, que conforman el área metropolitana más importante de España, donde reside aproximadamente el 90% de los habitantes de la Comunidad Autónoma de Madrid. A medida que aumenta la distancia de la capital, se reducen la densidad poblacional, principalmente en lo que respecta al norte y al suroeste de la región.

Figura 2. Mapa de los municipios de la Comunidad de Madrid según su densidad de población 2002

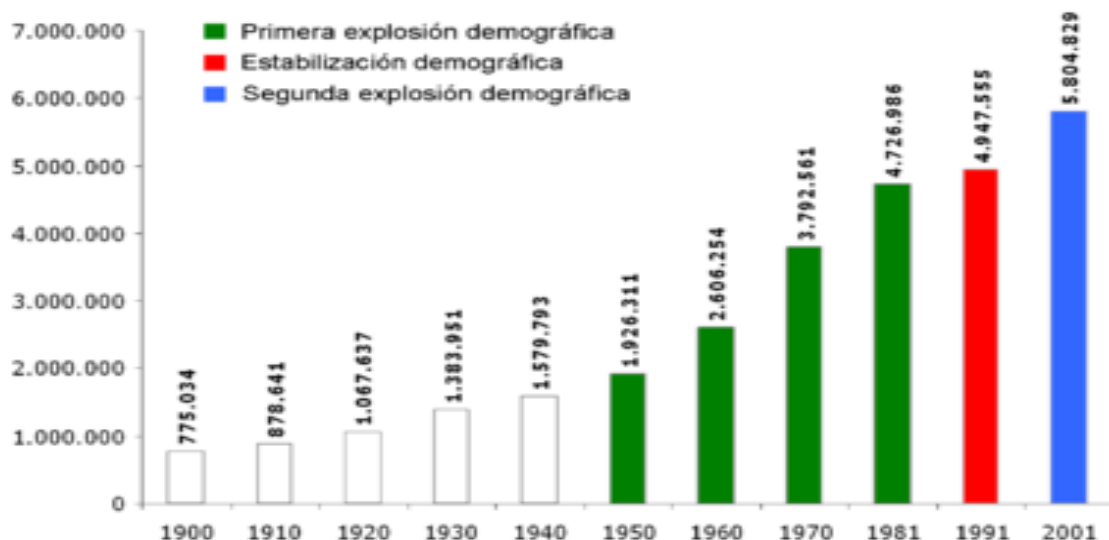


#### 4.3 EVOLUCIÓN DEMOGRÁFICA DE LA COMUNIDAD DE MADRID (1900-2001), POR SERIES CRONOLÓGICAS DECENALES

En la segunda mitad del siglo XX, se produjo una explosión demográfica, al compás de los flujos migratorios entre las diferentes regiones españolas. La ciudad de Madrid dejó de ser el único destino receptor, en beneficio de los municipios limítrofes, y empezó a configurarse el actual área metropolitana. En 1950 había 1.926.311 habitantes en toda la provincia

y en 1981 se contaban 4.726.986. En la década de los noventa, el boom migratorio se detuvo y la población madrileña se estabilizó, si bien con una cierta tendencia al alza. Hubo una segunda explosión demográfica a finales de los noventa, por el fenómeno de la inmigración (esta vez de procedencia internacional), y ha continuado en los primeros años del siglo XXI. En 1996 había 5.022.289 habitantes en toda la comunidad y en 2005 la cifra se elevaba a 5.921.066 habitantes.

**Figura 3. Grafico: Evolución demográfica de la Comunidad de Madrid (1900-2001), por series cronológicas decenales. Fuente: INE**

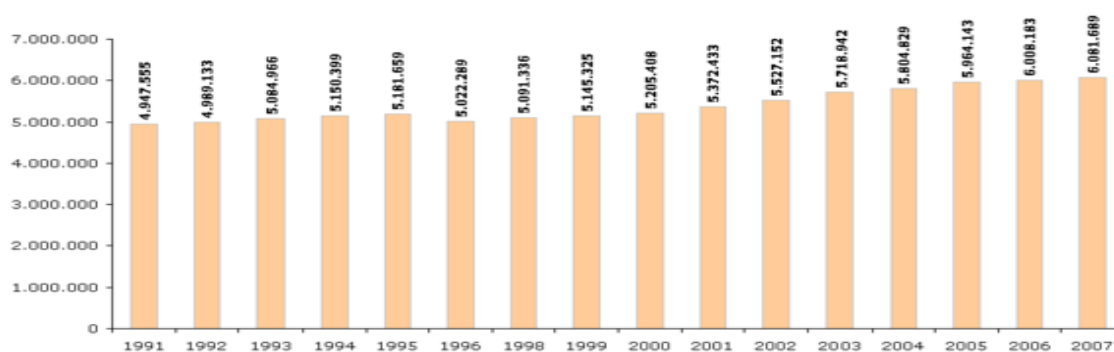


#### 4.4 EVOLUCIÓN DEMOGRÁFICA DE LA COMUNIDAD DE MADRID (1991-2007), POR SERIES CRONOLÓGICAS ANUALES

En la última actualización del padrón, a 1 de enero de 2007, se contabilizan

6.081.689 habitantes. En el periodo 1981-2005, el crecimiento demográfico de la región fue del 26,17%, frente al 16,87% de la media nacional. No todas las comarcas madrileñas participaron en los mismos términos de este aumento de población.

**Figura 4. Gráfico: Evolución demográfica de la Comunidad de Madrid (1991-2007), por series cronológicas anuales. Fuente:INE**



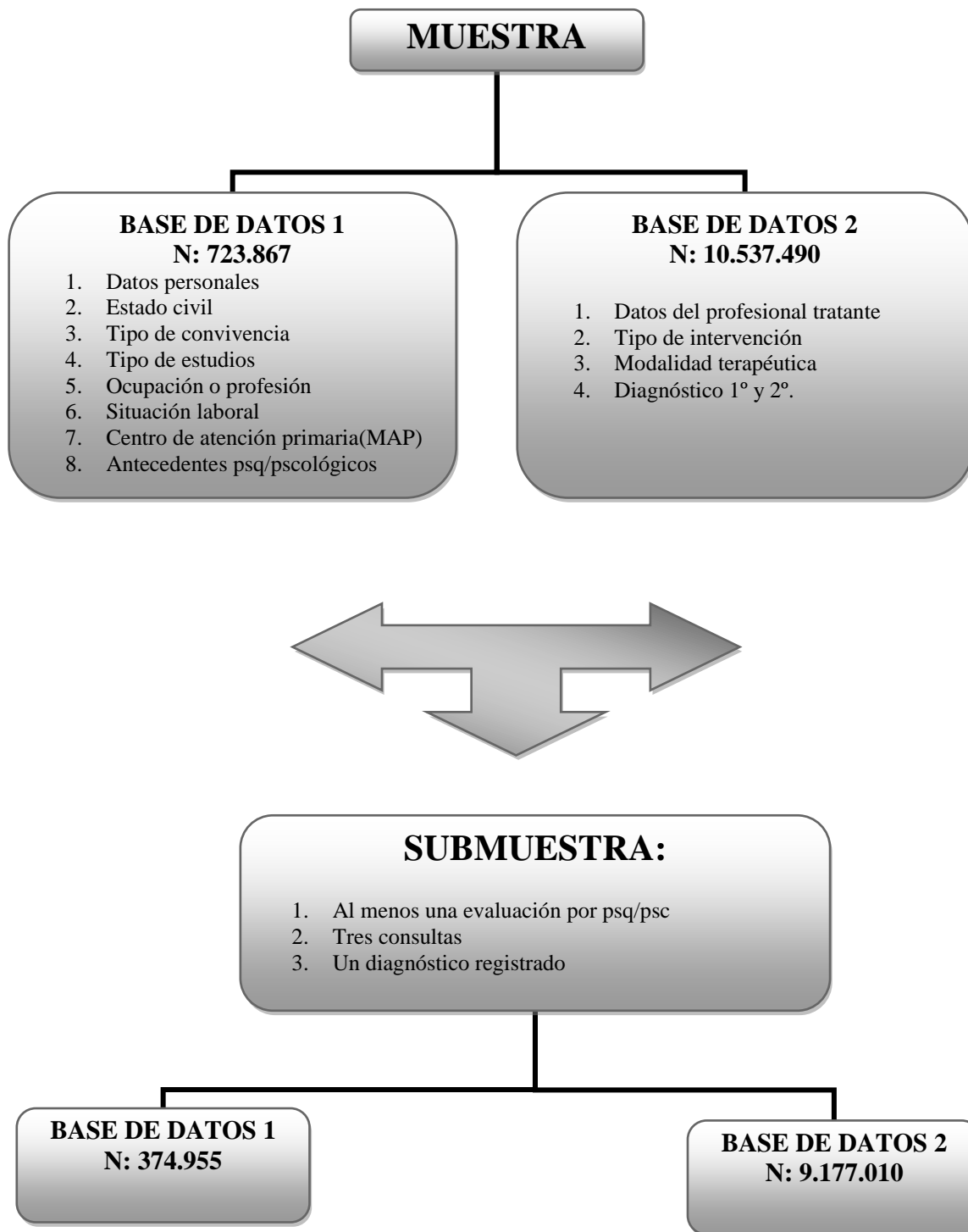
#### 4.5 MUESTRA

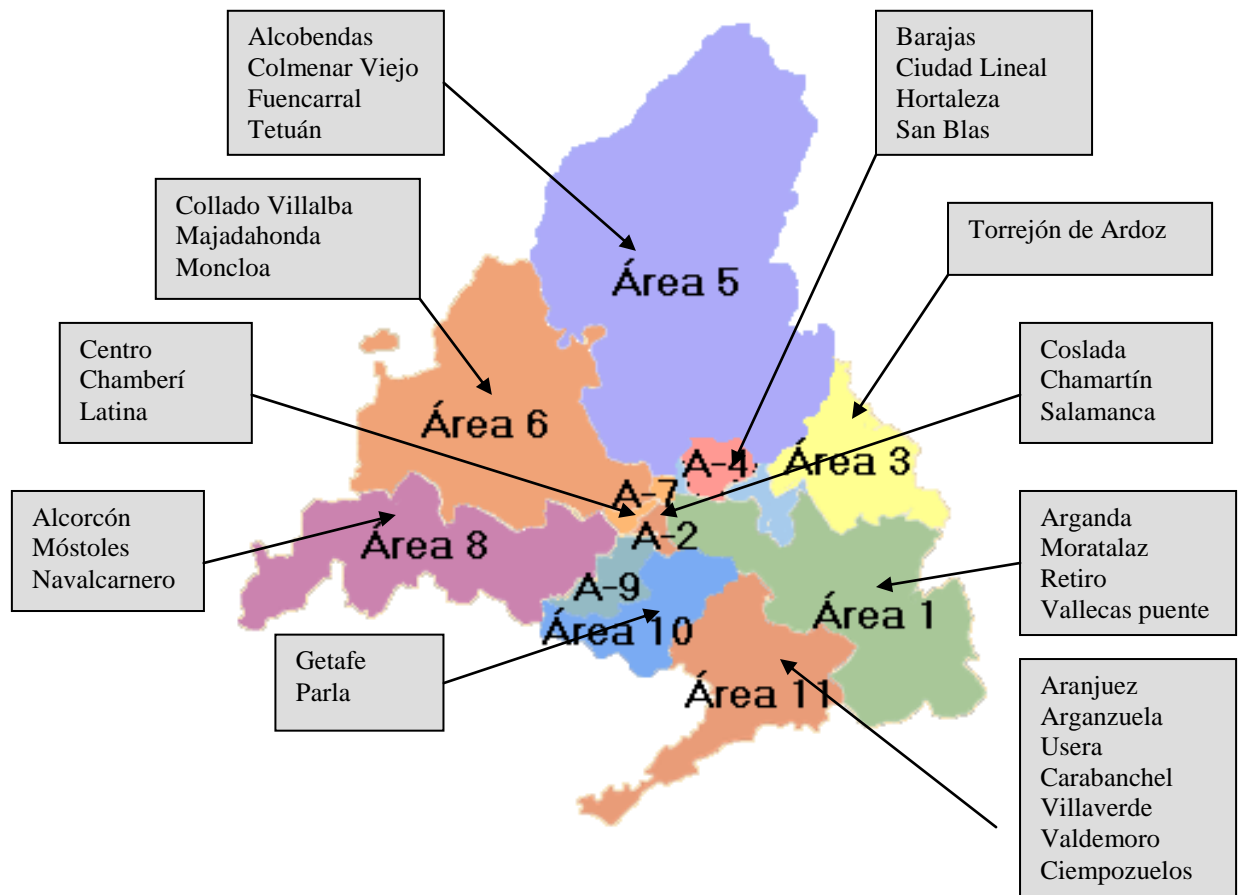
Desde 1980 hasta finales de 2008, se recogieron todas las visitas ambulatorias en un registro regional (Registro Acumulativo de Casos de la Comunidad de Madrid) de los centros públicos de salud mental (CSM) en la Comunidad de Madrid (España). Aunque algunos CSM no participaron en el registro, se cubrió hasta un 85% de la población total en la Comunidad de Madrid (6.360.241 habitantes el 1 de enero 2009 de acuerdo con el Instituto Nacional de Estadística-INE). Los CSM son parte del Servicio Nacional de Salud y proporcionan acceso libre a la asistencia sanitaria que se financia mediante impuestos. Para cada uno de los usuarios de los servicios de salud mental se generó un identificador único en nuestra base de datos. El identificador es un código numérico que garantiza el anonimato de los pacientes, y que se mantuvo en todos los contactos con los servicios de salud mental. Para asegurarse de que ningún paciente se le asignó más de un identificador, revisamos todos los casos en la base de datos y eliminamos los duplicados que encontramos. Se definió como duplicados “los pacientes con idéntico nombre, sexo y año de nacimiento”, “los pacientes con idéntico nombre, apellido, sexo y dirección postal” y “los pacientes con idéntico nombre, apellidos, sexo y número de registro ambulatorio/hospital”. En el caso de los cambios de residencia a otras áreas de salud, los pacientes mantuvieron el “identificador” inicial y el código de área.

El personal administrativo entrevistó a los pacientes en el momento de su primera visita al CSM y registraron la identidad y los datos demográficos. A partir de entonces, todas las consultas fueron registradas por el profesional de salud mental, psiquiatra o psicólogo clínico, quien indica el diagnóstico primario y secundario, el tipo de intervención y modalidad terapéutica.

Dos bases de datos (BD) se construyeron con la siguiente información: 1) BD de identificación, con 800.604 registros de personas, y 2) BD de consultas, con 10.609.960 visitas a CSM. La correspondencia entre los identificadores de las BDs fue del 90,4% para los registros de personas ( $n = 723.867$ ) y 99,3% para el de las consultas ( $n = 10.537.490$ ). La mayor parte de los casos que no presentaban coincidencia entre la BD de identificación y la BD de consultas habían sido registrados inicialmente pero no habían realizado ninguna consulta con profesionales de salud mental. Para el análisis del diagnóstico, se utilizó una sub-muestra de datos que sólo incluyó a pacientes con al menos una evaluación por un psiquiatra o un psicólogo clínico, tres consultas, y un diagnóstico registrado. Incluimos sólo pacientes que habían sido evaluados por psiquiatras o psicólogos en al menos tres ocasiones para garantizar la estabilidad del diagnóstico. Nuestra sub-muestra consistió en un registro de 374.955 personas (46,8%) y 9.177.010 consultas (86,5%).

**Figura 5. Selección de la muestra objeto de estudio.**



**Figura 6. Areas sanitarias y centros de salud mental de donde fue tomada la muestra.**

**Tabla 7. Centros de salud mental según áreas sanitarias.**

AREA 1
<b>ARGANDA</b> Centro de especialidades C/ Juan de la Cierva 20 28500 - Arganda del Rey
<b>MORATALAZ</b> Ambulatorio de Especialidades C/ Hacienda de Pavones, s/n. 28030 Madrid
Centro Municipal de Salud Vicálvaro. (Dependencia administrativa Ayuntamiento de Madrid) C/ Calahorra, 11 bis 28032 - Madrid
<b>RETIRO</b> C/ Lope de Rueda 43, 28009 Madrid.
<b>VALLECAS PUENTE</b> Centro monográfico C/ Peña Gorbea, 4, 28018 Madrid.
<b>VALLECAS VILLA</b> C.S. Rafael Alberti C/ San Claudio, 154. 28038 Madrid.
<b>VALLECAS</b> Centro Sanitario Polivalente de Vallecas- Hospital de día psiquiátrico.

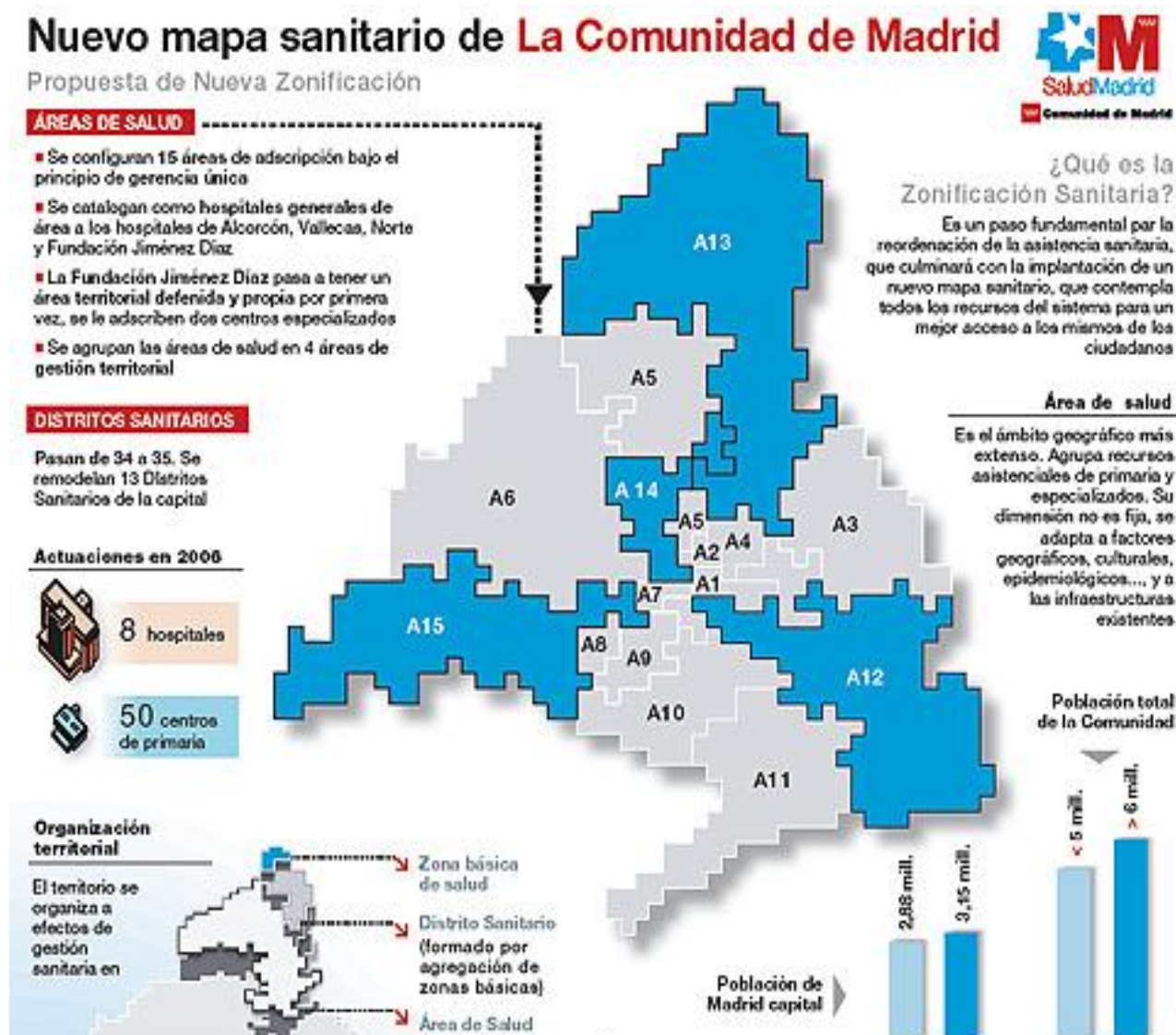
AREA 2
<b>COSLADA</b> Avda. de España, s/n. 28820 Coslada (Madrid)
<b>CHAMARTÍN</b> C/ Marqués de Ahumada, 11. 28028 Madrid
<b>SALAMANCA</b> Centro de Salud "Goya" C/ O'Donnell, 55 (planta baja) 28009 - Madrid Programa de atención a niños y adolescentes C/ Uruguay, 9 28016 - Madrid
AREA 3.
<b>TORREJÓN DE ARDOZ</b> Centro de Salud "La Plata" Avda. Unión Europea nº 4. 28850 Torrejón de Ardoz (Madrid)
AREA 4.
<b>BARAJAS</b> Centro monográfico C/ General 5-2ª A. 28042 Madrid
<b>CIUDAD LINEAL</b> Centro monográfico Avda. de Badajoz, 14. 28027 Madrid

<b>HORTALEZA</b> Centro monográfico C/ Mar Caspio, 8. 28033 Madrid
<b>SAN BLAS</b> Centro monográfico C/ Julia García Boután, 8. 28022 Madrid
<b>AREA 5.</b>
<b>ALCOBENDAS</b> Centro de Salud "Miraflores" Avda. España, 50. 1ª planta, sala 18. 28100 Alcobendas (Madrid) Centro de Salud "Reyes Católicos" (Infanto-Juvenil) Avda. de España 20 (cabecera de Distrito) 28700 -San Sebastián de los Reyes (Madrid)
<b>COLMENAR VIEJO</b> Centro de Salud C/ Dr. Cecilio de la Morena Arranz, 2. 28770 Colmenar Viejo (Madrid)
<b>FUENCARRAL</b> Centro de Salud (cabecera de Distrito) C/ Melchor Fernández Almagro, 2. 28029 Madrid Centro de Salud "Dr. Castroviejo" (Infanto-Juvenil) C/ Cándido Mateos, 11 28035 - Madrid
<b>TETUÁN</b> Centro monográfico C/ Maudes, 32. 28003 Madrid Centro Municipal de Salud (Dependencia administrativa Ayuntamiento de Madrid)
<b>AREA 6.</b>
<b>COLLADO VILLALBA</b> Centro de Salud Polígono de los Belgas C/ Los Madroños, 5. 28400 Collado-Villalba (Madrid)
<b>MAJADAHONDA</b> Centro de Salud "Cerro del Aire" C/ Costa Rica, 1. 28220 Majadahonda (Madrid)
<b>MONCLOA</b> Centro de Especialidades C/ Quintana, 11, 7ª planta. 28008 Madrid
<b>AREA 7.</b>
<b>CENTRO</b> Centro monográfico C/ Cabeza, 4, 1ª planta. (cabecera de distrito) 28012 - Madrid Centro Municipal de Salud Centro C/ Navas de Tolosa, 10. 280 13-Madrid Ambulatorio "Hermanos Miralles" C/ Ronda de Segovia 52. 28005-Madrid
<b>CHAMBERÍ</b> Centro de especialidades C/ Modesto to Lafuente, 21 - 1ª planta. 28003 Madrid Unidad infanto-juvenil del H. Clínico "San Carlos" Centro de especialidades C/ Modesto Lafuente 21, 1ª planta (cabecera de Distrito) 28003 - Madrid

<b>LATINA</b> Centro monográfico C/ Galiana, 1. 28011 Madrid Centro de Salud "Las Aguilas" C/ José de Cadalso, S/N (1 a planta) 28044 - Madrid
<b>AREA 8.</b>
<b>ALCORCÓN</b> Centro monográfico Avda. Lisboa s/n. 28923 Alcorcón (Madrid)
<b>MÓSTOLES</b> Centro de Salud "Dr. Luengo Rodríguez" C/ Nueva York, 16. 2ª PLANTA. 28938 Móstoles (Madrid) Centro de Salud C/ Independencia, 8, bajo 28931 - Móstoles (Madrid)
<b>NAVALCARNERO</b> Centro de Salud C/ de la Dra., 10. 28600 Navalcarnero (Madrid)
<b>AREA 9.</b>
<b>No participó</b>
<b>AREA 10.</b>
<b>GETAFE</b> Centro de Especialidades de los Ángeles Avda. de los Ángeles, 53. 28903 Getafe (Madrid)
<b>PARLA</b> Centro monográfico C/ Pablo Solozábal, 4. 28980 Parla (Madrid)
<b>AREA 11.</b>
<b>ARANJUEZ</b> Centro monográfico C/ Alpajes, 25. 28300 Aranjuez (Madrid)
Dispositivo: Ciempozuelos C/ Jardines, 1. 28350-Ciempozuelos (Madrid)
<b>ARGANZUELA</b> Centro de Salud "Hermanos Miralles" C/ Ronda de Segovia, 52.(1ª planta) 28005 Madrid Centro Municipal de Salud Arganzuela (Dependencia administrativa Ayuntamiento de Madrid) > Casa del Reloj Paseo de la Chopera s/n .28045 - Madrid
<b>CARABANCHEL</b> Centro monográfico C/ Calle del General Ricardos, 177. 28025 Madrid
<b>USERA</b> Centro de Salud Almendrales C/ Visitación nº 5- 2ª planta. 28026 Madrid Centro Municipal de Salud (Dependencia administrativa Ayuntamiento de Madrid)
<b>VILLAVERDE</b> Centro de Salud "Los Ángeles" C/ Totanes, 1. 4ª planta, 28041 Madrid
<b>VALDEMORO</b>
<b>CIEMPOZUELOS</b>



Figura 7. Nuevo mapa sanitario de la Comunidad de Madrid.



#### 4.6 PROCEDIMIENTO DIAGNÓSTICO

Entre 1980 y 1992 todos los diagnósticos del registro fueron codificados según la CIE-9 (OMS 1978). Desde 1992, los diagnósticos fueron asignados según los criterios de la CIE-10 (OMS 1992). Los códigos ICD-9 se convirtieron en códigos CIE-10 con las directrices publicadas por la Organización Mundial de la Salud (OMS 1993). Los psiquiatras en cada centro de salud mental registraron uno o dos diagnósticos por paciente en cada visita ambulatoria. Los diagnósticos

fueron asignados después de revisar toda la información disponible, incluyendo los datos de los registros médicos y entrevistas clínicas con el paciente y sus familiares. En nuestro estudio sólo se incluyeron los pacientes evaluados por un psiquiatra o un psicólogo por lo menos en tres ocasiones para asegurar la consistencia del diagnóstico.

#### 4.7 ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Se comparó la proporción de cada diagnóstico psiquiátrico asignada a cada grupo de profesionales. También comparamos los porcentajes de cada diagnóstico estratificados por sexo entre los grupos de profesionales. Con el fin de hacer estas comparaciones se utilizaron intervalos de confianza. Debido a que el error estándar combinado de los dos porcentajes es siempre igual o menor que la suma de los errores estándares de los dos porcentajes, se consideraron dos intervalos de confianza (IC), que si comparten una frontera o no se superponen serán significativamente diferentes el uno del otro (Agresti and Min 2002; Baca-Garcia, Perez-Rodriguez et al. 2011). El procedimiento de comprobar la superposición entre los intervalos de confianza para sacar conclusiones respecto a las hipótesis sobre las diferencias entre los parámetros de la población es ampliamente utilizado. Este enfoque es muy útil, ya que proporciona al lector información acerca de una medida central, o la estimación de una proporción, junto con una idea de la variabilidad de esta medida en la población general (Payton, Greenstone et al. 2003). Sin embargo, esta práctica de considerar que las medias o las proporciones, son diferentes cuando los intervalos de confianza no se solapan puede ser peligroso, ya que la tasa de error asociado con esta comparación es bastante grande, apareciendo diferencias significativas entre tratamientos iguales con más frecuencia de lo deseado (Payton, Greenstone et al. 2003). Con el fin de evitar este error, hemos optado por un nivel de confianza muy conservador para el intervalo de confianza ( $p = 0,00001$ ). Nuestra amplia muestra nos permitió detectar diferencias significativas en las proporciones a pesar de que utilizásemos un nivel de confianza tan conservador.

## 5 RESULTADOS

**Resumen.** A continuación se describen los antecedentes personales, cobertura sanitaria, estado civil, incapacidad, nivel educativo, ocupación, sexo, situación laboral y tipo de convivencia de la muestra. Se detallan en este apartado los resultados obtenidos según los diagnósticos más frecuentes atendidos en el 85% de los centros de salud mental de la Comunidad Autónoma de Madrid. Vemos cuales son las diferencias y similitudes en cuanto al perfil clínico de los pacientes atendidos por psiquiatras, psicólogos clínicos o ambos. Son destacables las diferencias en cuanto al seguimiento. También aportamos las tendencias longitudinales en cuanto al perfil clínico.

### 5.1 DESCRIPCIÓN DE LA MUESTRA

De la muestra a estudio obtuvimos datos sobre antecedentes personales, cobertura sanitaria, estado civil, incapacidad, nivel educativo, ocupación, sexo, situación laboral y tipo de convivencia. Todos los datos se detallan en las siguientes tablas. Del total de la muestra el 60 % eran mujeres y el 40% eran hombres, aproximadamente (tabla 8).

**Tabla 8. Características de la muestra según el sexo.**

SEXO	Frecuencia N	Porcentaje %
Mujer	229002	61.1
Hombre	145691	38.9
Total	374693	99.9
Sin datos	262	.1

En este gráfico se muestra el porcentaje de hombres y mujeres que intervinieron

**Figura 8. Gráfico: Distribución de la muestra según el sexo.**



Casi el 97% de la muestra tenía algún tipo de cobertura sanitaria, fundamentalmente a través de la seguridad social (96%). Un 0.4 % de la muestra presentaba cobertura sanitaria privada o para indigentes. No teníamos datos sobre cobertura sanitaria en el 3.3% de la muestra (tabla 9).

**Tabla 9. Características de la muestra según la cobertura sanitaria.**

COBERTURA SANITARIA	Frecuencia N	Porcentaje %	Porcentaje Válido %
Pública	360745	96.2	99.5
Privada	395	.1	0.1
Indigente	527	.1	0.1
Emigrante indigente	839	.2	0.2
Total	362506	96.7	100.0
Sin datos	12449	3.3	
Total	374955	100.0	

Únicamente disponemos de antecedentes personales en salud mental para el 62% de la muestra. La mayor parte (60%) no presentaba antecedentes psiquiátricos clínicos previos. En el 33% de los casos existían antecedentes psiquiátricos de tipo ambulatorio y el 6.7% hospitalarios (tabla 10).

**Tabla 10. Características de la muestra según antecedentes personales.**

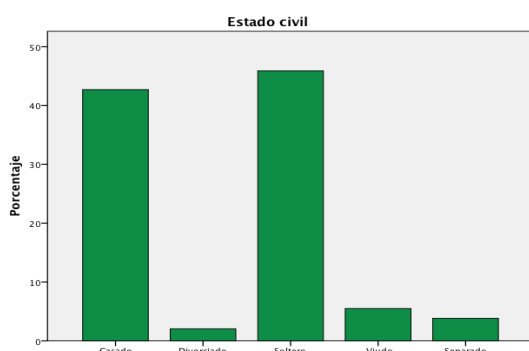
ANTECEDENTES PERSONALES	Frecuencia N	Porcentaje %
Psiquiatra particular o ambulatorio	77114	20.6
Antecedentes hospitalarios	15638	4.2
Sin antecedentes	140680	37.5
Total	233432	62.3
Sin datos	141523	37.7

El 80% de la muestra estaban casados y solteros (40.8% y 43.8% respectivamente) y aproximadamente el 11% estaban viudos, separados y divorciados (tabla 11).

**Tabla 11. Características de la muestras según estado civil.**

ESTADO CIVIL	Frecuencia N	Porcentaje %
Casado	152880	40.8
Divorciado	7357	2.0
Soltero	164268	43.8
Viudo	19699	5.3
Separado	13699	3.7
Total	357903	95.5
Sin datos	17052	4.5

En el gráfico se muestra la distribución de los pacientes en función del estado civil.

**Figura 9. Gráfico: Distribución de la muestra según el estado civil.**

Con respecto a la presencia de discapacidad, la mayoría de la muestra no presentaba ningún tipo de incapacidad (97%), tan solo el 0.5% presentaban una incapacidad permanente y el 1.4% una incapacidad temporal (tabla 12).

**Tabla 12. Características de la muestra según grado de incapacidad.**

INCAPACIDAD	Frecuencia N	Porcentaje %
Incapacidad permanente	1884	0.5
Sin incapacidad	363650	97.0
Incapacidad temporal	5068	1.4
Total	370602	98.8
Sin datos	4353	1.2

El 30% de la muestra había realizado estudios primarios en el momento del registro en el centro de salud mental, un 18% contaban con el graduado escolar y 14 % tenían el bachillerato; estos tres niveles educativos eran los mayoritarios (tabla 13).

**Tabla 13. Características de la muestra según nivel educativo.**

NIVEL EDUCATIVO	Frecuencia N	Porcentaje %
Analfabeto	7700	2.1
Sin estudios	34956	9.3
Primarios	113809	30.4
Graduado escolar	67881	18.1
Bachillerato	49132	13.1
COU	20754	5.5
Titulado	21521	5.7
Licenciado	9783	2.6
Otros	3971	1.1
Total	329507	87.9
Sin Datos	45448	12.1

En cuanto a la situación laboral, el 38% no tenían ningún tipo de ocupación. Casi el 8% de la muestra trabajaba en el sector de la hostelería y en servicios de seguridad, mientras otro 8% estaba formado por administrativos. Estas dos ocupaciones eran las más frecuentes según la información facilitada por los pacientes en el momento del registro (tabla 14).

**Tabla 14. Características de la muestra según ocupación.**

OCUPACIÓN	Frecuencia N	Porcentaje %
Sin trabajo	142099	37.9
Profesionales y técnicos	28861	7.7
Directivo	3187	.8
Administrativo	29577	7.9
Comerciales	14841	4.0
Hostelería y servicios seguridad	36305	9.7
Agricultor	2117	.6
Industria construcción	20721	5.5
Otros	95984	25.6
Fuerzas armadas	1153	.3
Total válido	374845	100.0
Sin datos	110	.0
Total	374955	100.0

Más del 50% de la muestra vivía con el cónyuge (38.7%) y con familiares (25.7%) (Tabla 15).

**Tabla 15. Características de la muestra según tipo de convivencia.**

TIPO DE CONVIVENCIA	Frecuencia N	Porcentaje %
Otros	23565	6.3
Solo	28277	7.5
Conyuge	145017	38.7
Pareja	15685	4.2
Familiares	96475	25.7
Solo padre	3417	.9
Solo madre	21305	5.7
Hijos	21892	5.8
Otros familiares	11420	3.0
Institución	3919	1.0
Total válido	370972	98.9
Sin datos	3983	1.1
Total	374955	100.0

Para el 88% de la muestra se disponía de datos sobre su situación laboral. Solamente estaban en activo el 31% de los sujetos, un 16% eran amas de casa, otro 16% estudiantes y el 8% estaban retirados (tabla 16).

**Tabla 16. Características de la muestra según situación laboral.**

SITUACIÓN LABORAL	Frecuencia N	Porcentaje %
Servicio militar	365	0.1
Incapacidad laboral total	22990	6.1
Incapacidad laboral permanente	3579	1.0
Trabajando	119038	31.7
Buscando primer empleo	3971	1.1
Parado con subsidio	9807	2.6
Parado sin subsidio	17042	4.5
Retirado	32375	8.6
Rentista	689	.2
Estudiando	60768	16.2
Ama de casa	60079	16.0
Total válido	330703	88.2
Sin datos	44252	11.8
Total	374955	100.0

## 5.2 DIAGNÓSTICOS PRINCIPALES

La Tabla 17 resume los principales diagnósticos que fueron asignados por psicólogos, psiquiatras o por ambos desde 1980 hasta 2008. Como se muestra en la Tabla 17, los diagnósticos psiquiátricos más frecuentes asignados por ambos grupos se situaron dentro de la categoría de reacción a estrés grave y los trastornos de adaptación (CIE-10 F43), un 35% asignados por psicólogos y un 29,7% por psiquiatras; seguido por otros trastornos de ansiedad (CIE-10 F41), un 17% asignados por psicólogos y un 11,4% a psiquiatras; y el trastorno persistente del humor (CIE-10, F34) un 10,8% asignados por psiquiatras y un 10,8% por ambos grupos de profesionales.

El 80% de los diagnósticos asignados por ambos grupos de profesionales, son los que se muestra en la tabla 17. La reacción al estrés grave, trastornos de adaptación, otros trastornos de ansiedad (incluyendo trastorno de pánico o trastorno de ansiedad generalizada), trastornos persistentes del estado de ánimo, trastornos específicos de personalidad, esquizofrenia y los trastornos afectivos de inicio específicos en la infancia, constituyen este 80%.

Otros 42 diagnósticos fueron utilizados en un porcentaje minoritario por cualquiera de estos especialistas.

En cuanto a la categoría F43 (Reacción a estrés grave y trastornos de adaptación), es importante destacar que, aunque esta categoría también incluye reacción de estrés agudo y trastorno de estrés postraumático, estos dos diagnósticos fueron asignados en raras ocasiones por ambos especialistas (1% fueron asignados por psicólogos y un 0,8% por psiquiatras). Por lo tanto, los diagnósticos más frecuentes de esta categoría fueron los trastornos adaptativos.

Los perfiles de pacientes asignados por psiquiatras y psicólogos se muestran en la Figura 10. Como se muestra en esta

figura el diagnóstico más frecuente asignado por psiquiatras, psicólogos y por ambos fue la reacción a estrés grave y los trastornos de adaptación (CIE-10; F43) seguido de otros trastornos de ansiedad (CIE-10; F41). Vemos en la figura la gran diferencia que existe entre ambos profesionales en el tratamiento de los Trastornos afectivos de inicio específico en la infancia (CIE-10; F93), asignados principalmente por los psicólogos.

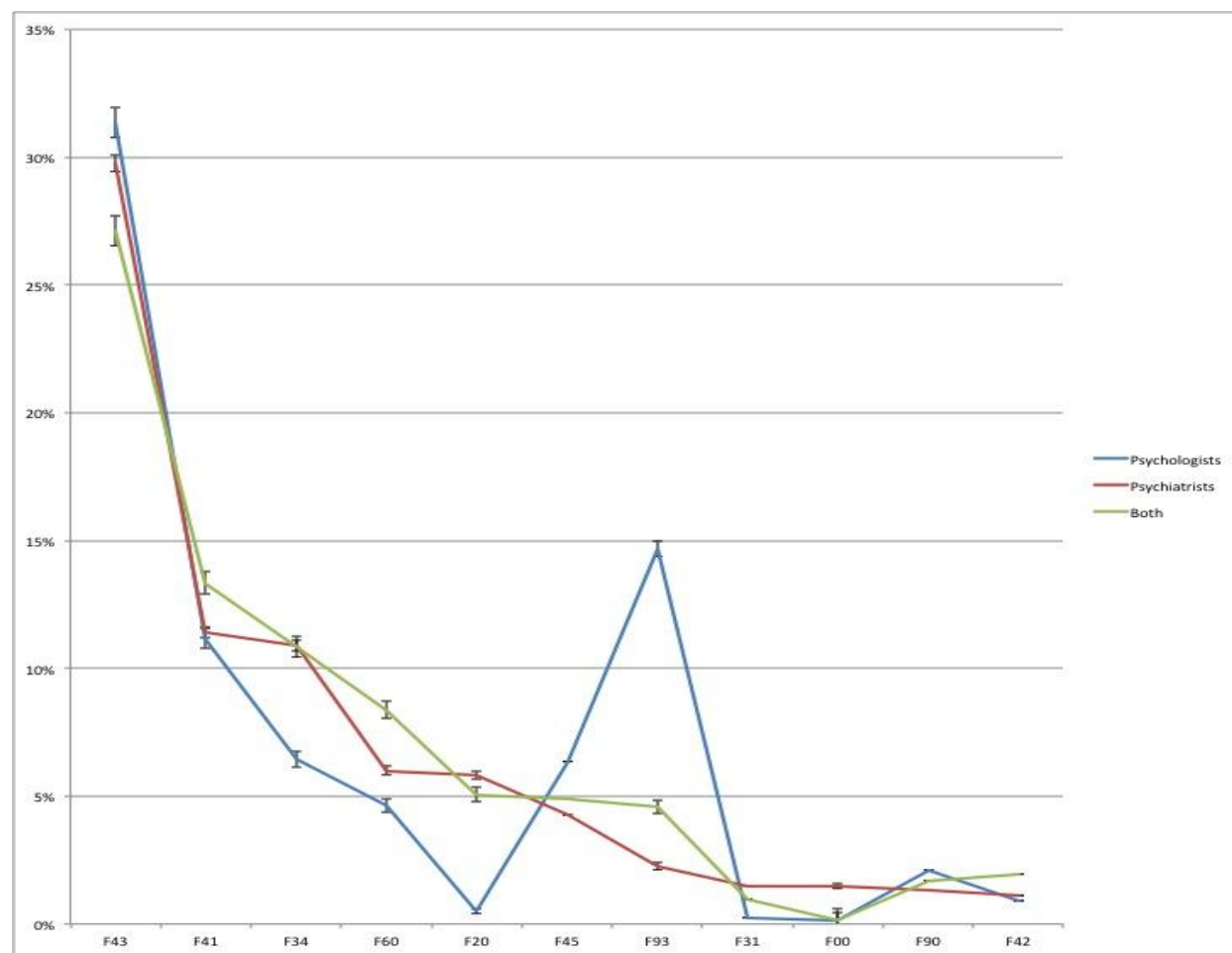
**Tabla 17. Diagnósticos más frecuentes asignados por psicólogos, psiquiatras y por ambos grupos de profesionales.**

		PSICÓLOGOS			PSIQUIATRAS			AMBOS		
		%	IC		%	IC		%	IC	
			INF	SUP		INF	SUP		INF	SUP
F43	Reacción a estrés grave y trastorno de adaptación	<b>31.34</b>	30.57	32.12	29.75	29.32	30.19	27.11	26.34	27.88
F41	Otros trastornos de ansiedad	11.17	10.64	11.69	11.41	11.11	11.71	<b>13.34</b>	12.74	13.93
F34	Trastorno persistente del humor	6.44	6.03	6.85	<b>10.89</b>	10.59	11.18	10.85	10.31	11.39
F60	Trastornos específicos de personalidad	4.63	4.28	4.98	6.00	5.78	6.23	<b>8.38</b>	7.90	8.86
F20	Esquizofrenia	0.50	0.38	0.61	<b>5.83</b>	5.61	6.05	5.05	4.67	5.43
F10	Trastornos mentales y del comportamiento debido al consumo de alcohol	0.89	0.73	1.04	<b>5.24</b>	5.03	5.45	2.71	2.43	3.00
F45	Trastornos somatomorfos	<b>6.36</b>	5.95	6.76	4.26	4.06	4.45	4.90	4.53	5.28
F33	Trastorno depresivo recurrente	0.38	0.28	0.49	<b>3.65</b>	3.47	3.83	2.25	2.00	2.51
F93	Trastornos afectivos de inicio específico en la infancia	<b>14.68</b>	14.09	15.27	2.26	2.12	2.40	4.58	4.22	4.94
F32	Episodio depresivo.	0.47	0.35	0.58	<b>2.09</b>	1.96	2.23	1.28	1.08	1.48
F40	Trastorno de ansiedad fóbico	<b>3.55</b>	3.24	3.86	1.63	1.51	1.75	3.18	2.88	3.49
F81	Trastornos específicos del desarrollo del aprendizaje escolar	<b>1.93</b>	1.70	2.16	1.55	1.44	1.67	0.63	0.49	0.76
F31	Trastorno bipolar.	0.25	0.16	0.33	<b>1.498</b>	1.38	1.61	0.95	0.78	1.12
F00	Demencia tipo Alzheimer	0.14	0.07	0.20	<b>1.49</b>	1.38	1.61	0.15	0.08	0.22
F90	Trastorno hiperactivo.	<b>2.11</b>	1.87	2.35	1.32	1.21	1.43	1.68	1.46	1.91
F22	Trastorno delirante persistente	0.14	0.07	0.20	<b>1.27</b>	1.16	1.38	0.71	0.56	0.85
F50	Trastorno de alimentación.	2.79	2.52	3.07	1.20	1.10	1.30	2.82	2.54	3.11
F42	Trastorno obsesivo compulsivo	0.91	0.75	1.07	1.09	0.99	1.19	<b>1.95</b>	1.71	2.19
F70	Retraso mental	0.50	0.38	0.62	<b>0.87</b>	0.78	0.96	0.60	0.46	0.73
F44	Trastorno disociativo (conversivo)	0.60	0.47	0.73	0.76	0.68	0.84	<b>0.99</b>	0.82	1.16

Nota: los datos en negrita indican diferencias significativas.

IC= Intervalo de confianza al 95%.

**Figura 10. Diagnósticos más frecuentes asignados por psicólogos, psiquiatras y por ambos grupos de profesionales**



**Abreviaturas:** F43: Reacción de estrés grave y trastorno de adaptación; F41: Otros trastornos de ansiedad; F34 Trastorno persistente del humor; F60: Trastorno específico de personalidad; F20: Esquizofrenia; F45: Trastorno somatomorfo; F93: Trastorno afectivo de inicio específico en la infancia; F31: Trastorno bipolar; F00: Demencia tipo Alzheimer; F90: Trastorno hipercinético; F42: Trastorno obsesivo-compulsivo.



### **5.3 PERFIL DE PACIENTES ATENDIDO POR PSICÓLOGOS**

Como se muestra en la Tabla 17, la reacción al estrés grave y los trastornos de adaptación (CIE-10, F43, el 35%, IC 30.57-32.12), el trastorno somatomorfo (CIE-10; F45, el 6.3%, IC 5.95-6.77), los trastornos emocionales con inicio específico en la infancia (CIE-10; F93, el 14.6%, IC 14.09-15.28), los trastornos de ansiedad fóbica (CIE-10; F40, el 3.5%, IC 3.24-3.86), los trastornos específicos del desarrollo del aprendizaje escolar (CIE-10; F81, el 1.9%, IC 1.70-2.16), y los trastornos hiperkinéticos (CIE-10, F90, el 2.1%, IC 1.87-2.35) fueron las afecciones más frecuentes atendidas por psicólogos.

Al comparar los diagnósticos que reciben las mujeres con los de los hombres por parte de los psicólogos, se encontró que la reacción al estrés grave y los trastornos de adaptación (CIE-10, F43), los trastornos persistentes del humor (CIE-10, F34), los trastornos de la alimentación (ICD 10, F50), y los trastornos disociativos (de conversión) (CIE-10, F44) fueron más frecuentemente asignados a las mujeres. Los trastornos somatomorfos (CIE-10, F45), los trastornos específicos de la personalidad (CIE-10, F60), el trastorno obsesivo-compulsivo (CIE-10, F42), la disfunción sexual (CIE-10, F52), y los trastornos mentales y del comportamiento debido al uso de alcohol (CIE-10, F10) fueron más frecuentemente asignados a los hombres. Estos resultados se presentan en la Tabla 18.

**Tabla 18. Diagnósticos más frecuentes asignado por psicólogos y distribuidos por sexo.**

		MUJERES			HOMBRES		
			IC			IC	
		%	Inferior	Superior	%	Inferior	Superior
F43	Reacción de estrés grave y trastorno de adaptación	<b>54.11</b>	52.81	55.40	41.48	39.54	43.43
F41	Otros trastornos de ansiedad	22.70	21.61	23.79	21.17	19.55	22.78
F34	Trastorno del humor persistente	<b>14.95</b>	14.02	15.88	9.45	8.29	10.60
F45	Trastorno somatomorfo	7.96	7.26	8.67	<b>9.62</b>	8.45	10.78
F60	Trastorno específico de personalidad	7.66	6.97	8.35	<b>13.18</b>	11.85	14.52
F50	Trastorno de alimentación	<b>4.34</b>	3.81	4.87	0.64	0.33	0.96
F40	Trastorno de ansiedad fóbico	3.86	3.36	4.36	4.08	3.30	4.86
F93	Trastornos afectivos de inicio específico en la infancia	1.80	1.45	2.14	2.15	1.58	2.727
F44	Trastorno disociativo (conversivo)	<b>1.53</b>	1.21	1.85	0.43	0.17	0.68
F42	Trastorno obsesivo-compulsivo	1.07	0.81	1.34	<b>3.23</b>	2.53	3.92
F52	Disfunción sexual sin causa orgánica	0.94	0.69	1.19	<b>3.56</b>	2.83	4.29
F32	Episodio depresivo	0.826	0.59	1.06	0.72	0.39	1.061
F33	Trastorno depresivo recurrente.	0.75	0.53	0.98	0.69	0.36	1.02
F20	Esquizofrenia	0.70	0.49	0.92	<b>1.54</b>	1.05	2.02
F98	Otros trastornos de conducta y emocionales de inicio frecuente en la infancia y adolescencia	0.68	0.46	0.89	0.86	0.49	1.22
F10	Trastornos mentales y de comportamiento debido al consumo de alcohol	0.62	0.41	0.82	<b>4.84</b>	3.99	5.68
F81	Trastornos específicos del desarrollo del aprendizaje escolar	0.53	0.34	0.72	0.37	0.13	0.61
F31	Trastorno bipolar.	0.49	0.31	0.67	0.51	0.23	0.80
F51	Trastornos del sueño no orgánicos	0.31	0.16	0.45	0.47	0.20	0.74
F70	Retraso mental	0.30	0.16	0.44	0.68	0.36	1.01

Nota: los datos en negrita indican diferencias significativas.

IC= Intervalo de confianza al 95%.

#### **5.4 PERFIL DE PACIENTES ATENDIDO POR PSIQUIATRAS**

Como se muestra en la tabla 17, el trastorno de humor persistente (CIE-10, F34; el 10,89%, IC: 10,60-11,19), la esquizofrenia (CIE-10, F20, el 5,83%, IC 5.61-6.05), los trastornos mentales y del comportamiento debido al uso de alcohol (CIE-10; F10 5, el 24%, IC 5.03-5.45), los episodios depresivos (CIE-10; F32, el 2,10%, IC 1.96-2.23), el trastorno afectivo bipolar (CIE-10; F31, el 1,50% , IC 1.38-1.61), la demencia en la enfermedad de Alzheimer (CIE-10, F00, el 1,50%, IC: 1.38-1.61), el trastorno delirante persistente (CIE-10; F22, el 1,27%, IC 1.17 a 1.38), y el retraso mental leve (CIE-10; F70, el 0,88%, IC 0,79-0,96) fueron las afecciones más frecuentes atendidas por los psiquiatras. Al comparar los diagnósticos de las mujeres con los de los hombres que reciben tratamiento por los psiquiatras, se encontró un patrón similar al que encontramos en el caso de los psicólogos. Los trastornos de adaptación, los trastornos afectivos y los trastornos relacionados con la ansiedad, eran más frecuentemente asignados a las mujeres, mientras que los trastornos de personalidad, esquizofrenia y trastornos relacionados con el consumo de alcohol fueron más frecuentemente asignados a los hombres. Estos resultados se presentan en la Tabla 19.

**Tabla 19. Diagnósticos más frecuentes asignados a psiquiatras y distribuidos por sexo.**

		MUJERES			HOMBRES		
			IC			IC	
		%	Inferior	Superior	%	Inferior	Superior
F43	Reacción de estrés grave y trastorno de adaptación	<b>43.87</b>	43.18	44.57	31.14	30.33	31.94
F34	Trastorno de humor persistente	<b>18.42</b>	17.88	18.96	9.23	8.73	9.74
F41	Otros trastornos de ansiedad.	<b>18.21</b>	17.67	18.75	13.71	13.12	14.31
F60	Trastorno específico de personalidad	7.51	7.14	7.88	<b>11.31</b>	10.76	11.85
F20	Esquizofrenia	5.56	5.24	5.88	<b>14.02</b>	13.42	14.62
F45	Trastorno somatomorfo	5.26	4.95	5.58	5.27	4.88	5.66
F33	Trastorno depresivo recurrente	<b>5.10</b>	4.80	5.41	3.87	3.54	4.21
F32	Episodio depresivo	<b>2.78</b>	2.55	3.01	2.26	2.00	2.52
F10	Trastornos mentales y de comportamiento debido al consumo de alcohol	2.41	2.20	2.63	<b>17.59</b>	16.93	18.25
F40	Trastorno de ansiedad fóbico	<b>2.37</b>	2.16	2.59	1.75	1.52	1.97
F31	Trastono bipolar	<b>2.10</b>	1.90	2.30	1.86	1.63	2.09
F50	Trastorno de alimentación	<b>2.00</b>	1.80	2.19	0.24	0.15	0.32
F44	Trastorno disociativo (conversivo)	<b>1.46</b>	1.29	1.63	0.59	0.45	0.72
F22	Trastorno delirante persistente	1.39	1.23	1.56	<b>1.92</b>	1.68	2.16
F42	Trastorno obsesivo-compulsivo	1.24	1.08	1.39	<b>1.95</b>	1.71	2.19
F70	Retraso mental	0.78	0.65	0.90	<b>1.53</b>	1.32	1.75
F81	Trastornos específicos del desarrollo del aprendizaje escolar	0.63	0.52	0.74	0.71	0.57	0.86
F23	Trastorno psicótico agudo transitorio	0.60	0.49	0.71	0.68	0.54	0.82
F29	Psicosis no orgánica no especificada	0.54	0.44	0.64	<b>0.84</b>	0.68	0.99
F30	Episodio maníaco	0.32	0.24	0.40	0.38	0.27	0.48

Nota: los datos en negrita indican diferencias significativas.

IC= Intervalo de confianza al 95%.

### **5.5 PERFIL DE PACIENTES TRATADOS TANTO POR LOS PSICÓLOGOS COMO POR PSIQUIATRAS**

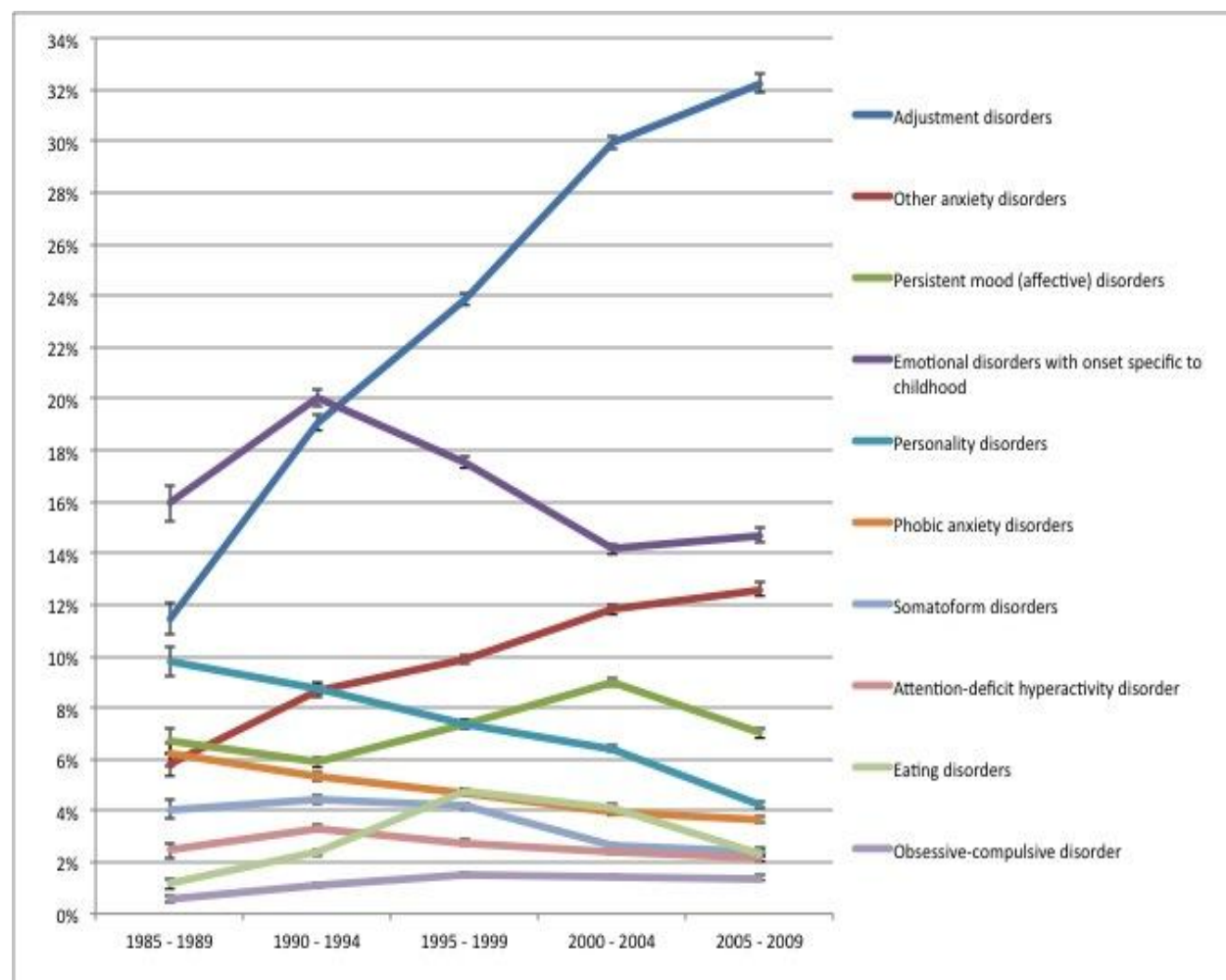
Como se muestra en la Tabla 17, otros trastornos de ansiedad (CIE-10; F41, el 13,34%, IC 12.75-13.93), los trastornos específicos de la personalidad (CIE-10; F60, el 8,38%, IC 7,9-8,87), el trastorno obsesivo-compulsivo (CIE -10; F42, el 1,96%, IC 1.71-2.2), y los trastornos disociativos (de conversión) (CIE-10; F44, el 0,99%, IC 0.82-1.17) fueron los diagnósticos más frecuentes tratados por ambos especialistas.

### **5.6 TENDENCIAS LONGITUDINALES EN EL PERFIL CLÍNICO DE LOS PACIENTES ATENDIDOS POR PSIQUIATRAS Y PSICÓLOGOS**

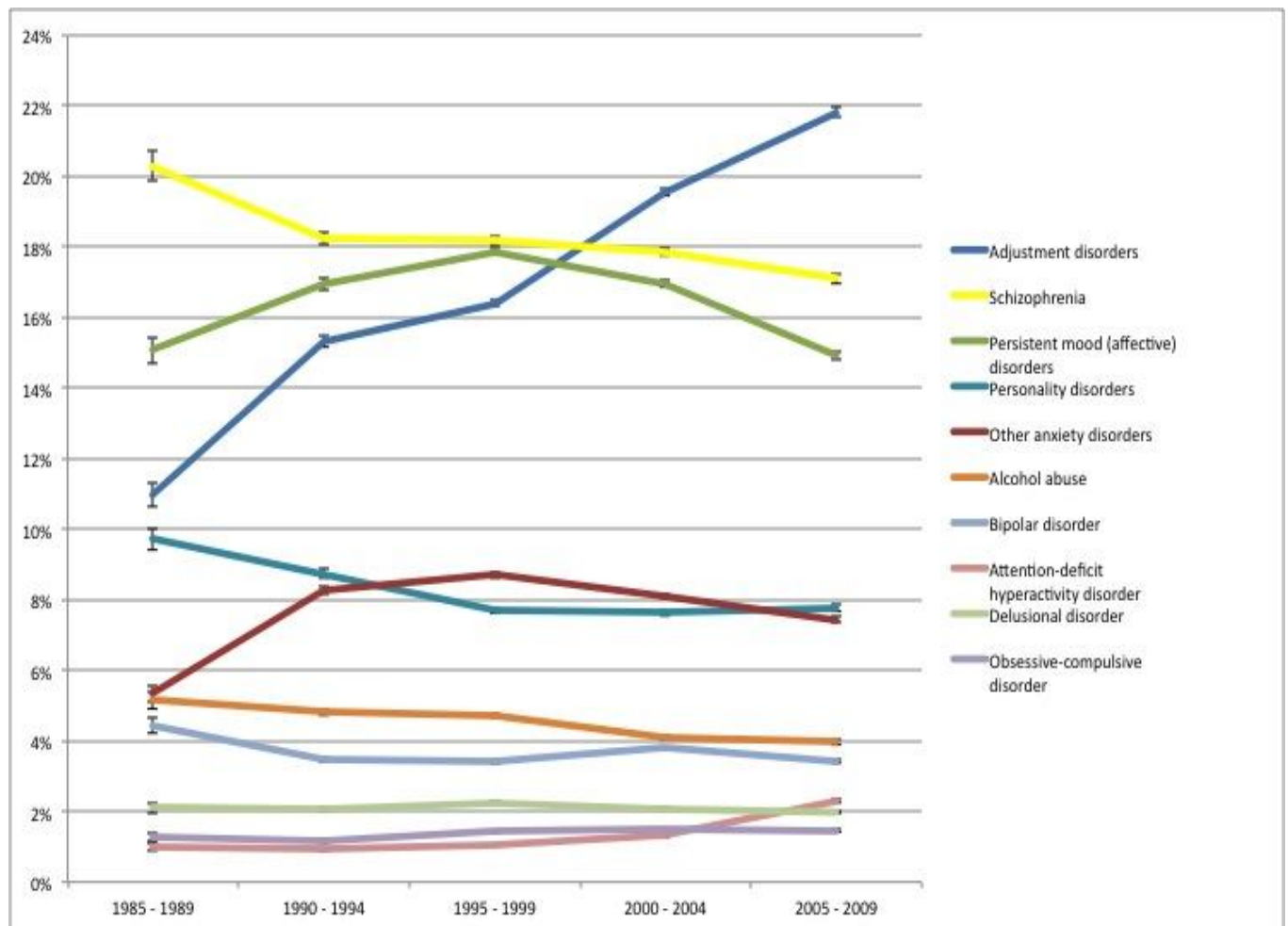
Los resultados en relación con las tendencias longitudinales se presentan en las Figuras 11-13. Como se puede observar, en las últimas dos décadas, ha habido un aumento significativo en el número de pacientes ambulatorios diagnosticados de reacción al estrés grave y de trastorno de adaptación (CIE-10; F43) por el psiquiatra, psicólogo, y por ambos. También se observó una tendencia creciente en el número de personas diagnosticadas de trastornos de ansiedad (CIE-10, F41) y de trastornos de la alimentación (CIE-10, F50) por los psicólogos, este último alcanzando su valor máximo en el período 2000-2004 y disminuyendo desde entonces. Sin embargo, encontramos una tendencia a la baja en el número de personas diagnosticadas de trastornos emocionales de inicio específicas de la infancia (CIE-10; F93) por los psicólogos. En los 30 años de duración del estudio, se observaron cambios en la asignación de

diagnósticos por ambos grupos de profesionales. En cuanto a los cambios en el perfil de los pacientes atendidos por psiquiatras, se observó una tendencia decreciente en el número de personas diagnosticadas de esquizofrenia (CIE-10; F20), de trastornos persistentes del humor (CIE-10; F34) y de trastornos específicos de la personalidad (CIE-10; F60). Por el contrario, hemos encontrado una tendencia creciente en el número de personas diagnosticadas de esquizofrenia (CIE-10, F20) y de trastornos específicos de la personalidad (CIE-10, F60) tratados por ambos grupos de especialistas.

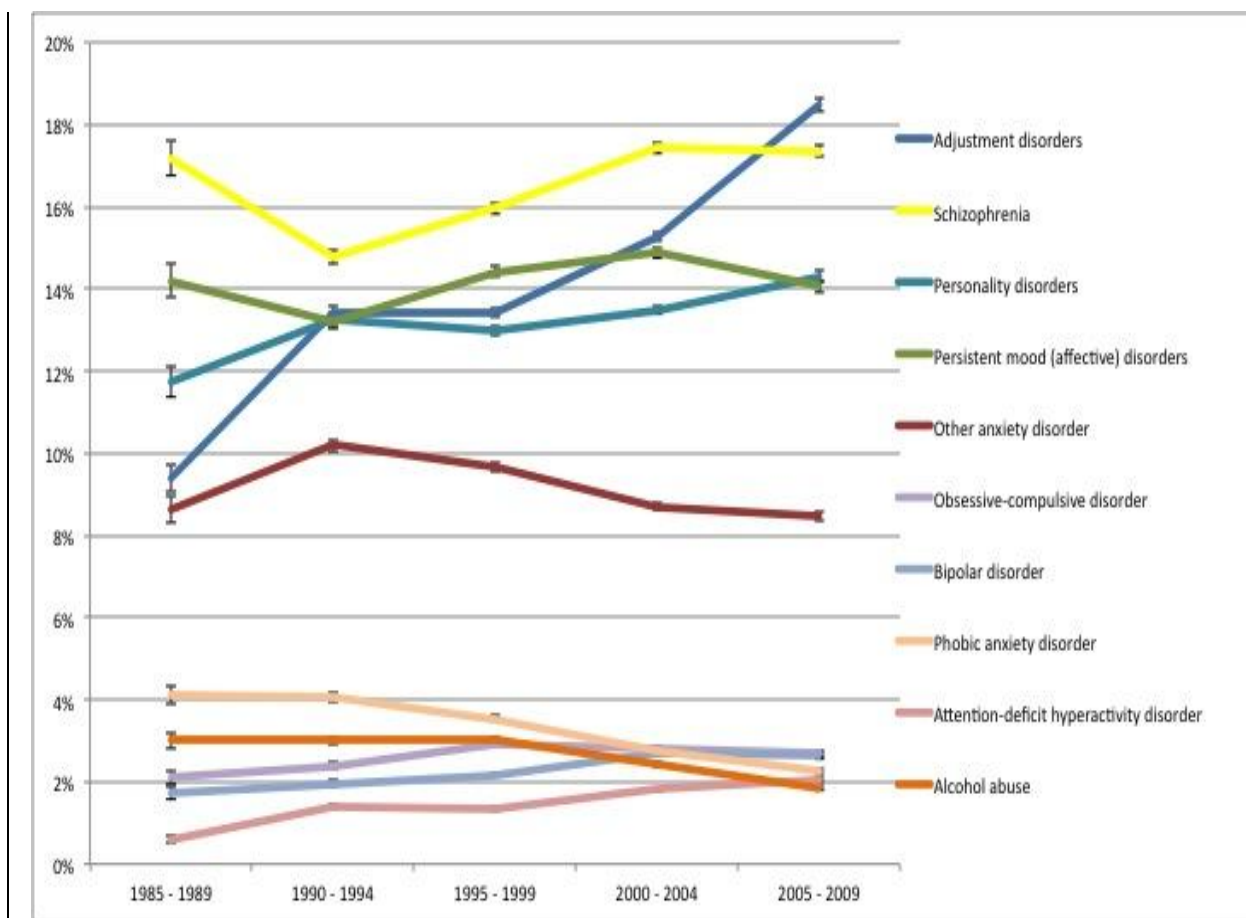
**Figura 11. Tendencias longitudinales del perfil clínico de los pacientes atendidos por psicólogos**



**Figura 12. Tendencias longitudinales del perfil de pacientes atendidos por psiquiatras**



**Figura 13. Tendencias longitudinales del perfil de pacientes atendidos por ambos grupos de profesionales.**





### 5.7 CARACTERÍSTICAS DEL SEGUIMIENTO EN SALUD MENTAL

La edad media de los pacientes que son atendidos en salud mental en nuestro

periodo de estudio, estaba entre los 37.7 años en la primera visita y 41.9 años en la última visita. La media del seguimiento ambulatorio estaba en 4.26 años. Estos datos se detallan en la tabla 20.

**Tabla 20. Características del seguimiento en salud mental**

SEGUIMIENTO	N	Mínimo	Máximo	Media	Desviación estandar
Edad min seguimiento	371413	1.50	100.06	37.69	19.04
Edad max seguimiento	371413	1.58	108.72	41.95	19.74
Edad min consulta	341895	1.50	99.99	37.54	19.12
Edad min consulta	371413	1.50	99.99	37.52	19.01
Vistas totales	374955	3	5492	24.47	57.35
N Valida	341895				
TIEMPO MEDIO DE SEGUIMIENTO	N	Mínimo	Máximo	Media	Desviación estandar
Duración del seguimiento	371413	0.00	29.55	4.2587	4.75
Valida N	371413				

Como se muestra la tabla 21, del total de pacientes evaluados por psiquiatras, psicólogos o ambos en al menos tres ocasiones, el 58.3 % fueron atendidos por psiquiatras, el 18.6 % por psicólogos y

tan sólo el 17% de la consultas por ambos profesionales.

**Tabla 21. Número de consultas atendidas por psiquiatras, psicólogos y ambos.**

NÚMERO DE CONSULTAS	Frecuencia	Porcentaje
Psicólogo ( 3 o más visitas)	69856	18.6
Psiquiatra ( 3 o más visitas)	218601	58.3
Psicólogo y psiquiatra ( 3 o más visitas)	64542	17.2
Psicólogo y psiquiatra (menos de 3 visitas)	21956	5.9
Total	374955	100.0

Al comparar el número de consultas y el tiempo de seguimiento, se vio que en los pacientes que eran atendidos por ambos profesionales el seguimiento era más largo y tenían mayor número de consultas, 5.8 años y 42 consultas de media respectivamente. Los que eran atendidos por psiquiatras, tenían un

seguimiento medio de 4.2 años y 21 consultas, mientras que los atendidos por psicólogos, tenía menor número medio de consultas y seguimientos más cortos (13 consultas y 2.4 años respectivamente). Todas estas diferencias fueron estadísticamente significativas. Se describe con más detalle en la tabla 22.

**Tabla 22. Características del seguimiento de pacientes por psiquiatras, psicólogos y ambos.**

CARACTERÍSTICAS DEL SEGUIMIENTO	N	Mínimo	Máximo	Media	Desviación Estandar
<b>Psiquiatras y psicólogos</b>					
Edad de primera consulta	85841	1.55	100.06	34.89	16.81
Edad de última consulta	85841	1.58	108.08	40.77	17.34
Número total de visitas	86498	3	5492	42.22	92.03
Duración del seguimiento	85841	0.00	29.16	5.88	5.42
<b>Psiquiatras</b>					
Edad de primera consulta	216249	1.50	99.91	42.35	18.92
Edad de última consulta	216249	1.61	108.72	46.55	19.59
Número total de consultas	218601	3	3541	21.00	44.94
Duración del seguimiento	216249	.00	29.55	4.20	4.62
<b>Psicólogos</b>					
Edad de primera consulta	69323	1.52	100.03	26.65	16.62
Edad de última consulta	69323	1.74	107.80	29.0	16.87
Número total de visitas	69856	3	1551	13.39	17.24
Duración del seguimiento	69323	.00	26.92	2.40	3.36

El tiempo de seguimiento, el número de visitas y la edad entre la primera y la última visita fueron significativamente diferentes entre los grupos

(psiquiatras/psicólogos, psiquiatras o psicólogos). Los resultados de la comparación pueden observarse en la tabla 23.

**Tabla 23. Datos comparativos del seguimiento en salud mental entre psiquiatras y psicólogos.**

	F	Gl	P
<b>Duración del seguimiento</b>	10871.263	2	0.000
<b>Vistas totales</b>	6033.492	2	0.000
<b>Edad mínima seguimiento</b>	21222.932	2	0.000
<b>Edad maxima seguimiento</b>	23429.190	2	0.000

Nota: F=estadístico, Gl=grados de libertad, P= p valor.

## 6 DISCUSIÓN

---

**Resumen.** De acuerdo con las hipótesis formuladas, hemos encontrado diferencias asistenciales significativas entre psiquiatras y psicólogos. Los psiquiatras van a atender en mayor proporción aquellas patologías en cuya etiopatogenia estén implicadas alteraciones de origen biológico, mientras que los psicólogos atienden generalmente patologías que pueden beneficiarse más de un abordaje psicoterapéutico. Tan sólo el 17.2% de todos los pacientes va a recibir tratamiento por ambos grupos de profesionales, estos pacientes serán los que reciban además un mayor número de consultas y realicen seguimientos más largos. Discutimos algunas de las implicaciones de estos hallazgos.

---

### 6.1 DIFERENCIAS ASISTENCIALES EN FUNCIÓN DEL DIAGNÓSTICO

Los trastornos adaptativos, los trastornos de ansiedad, los trastornos del ánimo, los trastornos de la personalidad, la esquizofrenia y los trastornos emocionales en la infancia fueron los diagnósticos más utilizados por psicólogos y psiquiatras. Estos diagnósticos en conjunto representan más del 80% de todos los diagnósticos asignados por ambos grupos de profesionales.

Como se describió anteriormente, se encontraron diferencias significativas entre el perfil de los pacientes que reciben tratamiento de psicólogos y los que lo reciben de psiquiatras.

Las reacciones graves frente al estrés y los trastornos de adaptación, el trastorno somatomorfo, los trastornos afectivos de inicio específico en la infancia, los trastornos de ansiedad fóbica, los trastornos específicos del desarrollo del aprendizaje escolar y los trastornos hiperkinéticos fueron los diagnósticos más frecuentes atendidos por psicólogos. En todos estos trastornos, los pacientes se encuentran en condiciones más favorables para una intervención psicológica.

En el campo de la salud mental de adultos, los psicólogos clínicos atienden más frecuentemente que los psiquiatras, aquellas patologías en las que la clínica ansiosa es uno de los síntomas principales, como por ejemplo en el

trastorno obsesivo compulsivo y en las fobias (Hall 1996). También atienden con más frecuencia los psicólogos clínicos, la ansiedad derivada de pensamientos negativos sobre uno mismo y del mundo, de determinados estilos de personalidad, o de pobres habilidades de afrontamiento, como es el caso de los trastornos adaptativos. Y nuestros resultados coinciden con los de la literatura ya existente (Strain and Diefenbacher 2008).

Nuestros resultados también son consistentes con Olfson y Pincus (Olfson and Pincus 1996). Estos autores encontraron que los psiquiatras en comparación con los psicólogos, ven más esquizofrenia, trastorno bipolar, abuso de sustancias y depresión, pero significativamente menos trastornos de ansiedad y síntomas tales como "nerviosismo". De acuerdo con estos autores, encontramos que los psiquiatras tienden a ver trastornos en los que los factores biológicos desempeñan un papel importante, como en la esquizofrenia o en la enfermedad de Alzheimer. De acuerdo con nuestros resultados, los psiquiatras también tienden a atender en mayor medida aquellas patologías, como el trastorno bipolar u otros trastornos del estado de ánimo, en las que los tratamientos farmacológicos han demostrado eficacia. Cabe destacar que a pesar de que, ofrecer psicoterapia ha sido una característica definitoria de la práctica de la psiquiatría clínica, además de la prescripción de medicamentos, hay indicios de que el papel de los psiquiatras

en el tratamiento psicoterapéutico podría haber disminuido en los últimos años (Mojtabai and Olfson 2008). Nuestro hallazgo de que los psicólogos y psiquiatras trabajan juntos cada vez con más frecuencia en el tratamiento de pacientes con trastornos de la personalidad y con esquizofrenia podría estar relacionado con esta disminución en la participación de psiquiatras en la psicoterapia. Este hallazgo también podría reflejar la aplicación en la práctica clínica de algunas de las recomendaciones de expertos de renombre mundial. Por ejemplo, de acuerdo con las Directrices de Consenso de Expertos para el tratamiento del trastorno obsesivo-compulsivo (Expert Consensus 1997), los tratamientos combinados, incluidas las intervenciones psicosociales y farmacológicas, son el tratamiento de elección para este trastorno. Esto también parece ser el caso de algunos trastornos de personalidad (Bellino, Rinaldi et al. 2010).

## 6.2 DIFERENCIAS EN CUANTO AL SEGUIMIENTO

Un dato destacable de nuestros resultados, son las diferencias en cuanto al seguimiento. Como ya se ha descrito previamente, el 94.1% de los pacientes fue visto al menos en tres consultas, bien por un psicólogo, por un psiquiatra o por ambos. Los psiquiatras atienden al 58.3% de todas las consultas, los psicólogos el 18.6% y tan solo el 17.2 % de las consultas son atendidas por ambos. Claramente existen importantes diferencias entre ambos y sigue siendo pequeño el porcentaje de pacientes que reciben tratamiento combinado a pesar de las recomendaciones de expertos y de la integración en los equipos de salud mental de ambos tipos de profesionales. Estas diferencias pueden ser debidas a varios factores. En primer lugar al enfoque terapéutico. La mayoría de los

pacientes que reciben tratamiento por un psiquiatra tiene prescrito algún psicofármaco pero no son frecuentes las intervenciones psicoterapéuticas regladas, aunque ocasionalmente se realizan intervenciones breves y generalmente orientadas hacia la psicoeducación. Esto permite realizar las consultas de psiquiatría en menor tiempo. En algunas patologías, los pacientes utilizan la consulta de psiquiatría exclusivamente para realizar un control farmacológico ya que asisten a unidades específicas de tratamiento: centros de rehabilitación psicosocial y/o laboral, centros de ayudas al drogodependiente y para deshabituación alcohólica, asociaciones psicoeducativas, hospitales de día para enfermos mentales, centros ocupacionales o centros asistidos para trastornos cognitivos. En general se aplicarán intervenciones breves que resultarán en un mayor número de consultas por unidad de tiempo si lo comparamos con cualquier tipo de intervención psicoterapéutica. Tan solo una minoría recibe en la consultas de psiquiatría abordajes psicoterapéuticos de larga duración.

En segundo lugar y coincidiendo con la literatura existente (Scully and Wilk 2003), el incremento de la demanda en salud mental, junto con el uso de psicofármacos, nos está conduciendo a la medicalización de la psiquiatría, donde cada vez tenemos menos tiempo para atención directa del paciente. A nivel financiero, este tipo de atención es mucho menos costosa, pero quizás habría que preguntarse si es igual de eficaz.

El hecho de que en la práctica clínica no se realice con mayor frecuencia un tratamiento combinado multidisciplinar, puede tener varios orígenes: a) la limitada disponibilidad de recursos financieros y por tanto, la obligada asignación de tratamiento combinado únicamente a los pacientes más graves; b) que un mismo profesional (psiquiatra, ya que el psicólogo no puede prescribir fármacos)

aplique ambos tratamientos; o c) la necesidad de una mayor comunicación y colaboración interdisciplinar para garantizar la aplicación de las recomendaciones de las guías clínicas en la práctica habitual.

Otro aspecto importante que resulta de los datos obtenidos, es la duración del seguimiento. Tal como muestran los resultados, los pacientes que son únicamente atendidos por psicólogos clínicos realizan seguimientos más cortos y con menor número de consultas, que aquellos que atienden ambos grupos de profesionales, que realizan seguimientos más largos y con mayor número de consultas. Los pacientes atendidos solamente por psiquiatras, realizan seguimientos más largos y con mayor número de consultas que los atendidos solamente por psicólogos clínicos, pero el seguimiento es más corto y con menor número de consultas que el de los pacientes que reciben tratamiento de ambos profesionales. Estos resultados nos hacen pensar en dos posibilidades: a) que aquellos pacientes que reciben un tratamiento combinado, se trataría de pacientes más graves, donde existen factores causales y mantenedores del trastorno difícilmente reversibles. Y los pacientes que solo reciben tratamiento con uno de los profesionales y de menor duración, serían patologías cuyos desencadenantes son potencialmente reversible, como es el caso de los trastornos adaptativos. Y b) el abandono de tratamiento. Aquellos pacientes más sanos tienen menos compromiso con el tratamiento y tendría tasas de abandono mayores que de forma sesgada resultaría seguimientos más cortos pero no por resolución, sino por abandono. Estas cuestiones no pueden resolverse con nuestro estudio, nuevas investigaciones son necesarias para averiguar la distribución específica de determinados grupos de pacientes entre los profesionales de salud mental. Los resultados de estas investigaciones

podrían ayudar a mejorar la adecuación de los tratamientos en salud mental.

De acuerdo con nuestro estudio, apenas uno de cada cinco pacientes (17.2%) recibe asistencia combinada de psiquiatras y psicólogos en la Comunidad Autónoma de Madrid. Nuestros resultados discrepan de los obtenidos previamente por el grupo de Virués-Ortega (Virués 2003), que consideran que existe un alto grado de integración interprofesional. También se alejan de las recomendaciones que enfatizan los beneficios del tratamiento multidisciplinar en salud mental. Ya que la combinación de la psicoterapia y psicofarmacoterapia mejora la eficacia debido a diferentes factores: a) aumenta la adherencia al tratamiento; b) mejora el entendimiento por parte del paciente de la influencia de los estilos cognitivos y de vida, de las emociones, y de los factores interpersonales, en los síntomas; c) mejora la estabilidad de las remisiones y d) aumenta el grado de respuesta farmacológica en pacientes resistentes (Primm, Falk et al. 1989). Es una evidencia la influencia de los factores psicológicos en el resultado del tratamiento farmacológico. El efecto placebo puede llegar a representar más del 75% de la eficacia antidepresiva (Khan, Warner et al. 2000; Kirsch, Moore et al. 2002). Por tanto, variables psicológicas, como es la percepción de la alianza terapéutica y la preparación para el cambio, son determinantes en la respuesta (Beitman, Beck et al. 1994; Krupnick, Sotsky et al. 1996).

### **6.3 DIFERENCIAS ASISTENCIALES EN CUANTO A GÉNERO**

En cuanto a las diferencias de género en los diagnósticos, nuestros resultados son consistentes con la literatura existente. Depresión, ansiedad, trastornos relacionados, trastornos de adaptación o trastornos de la alimentación parecen ser más frecuentes en las mujeres (Piccinelli

and Wilkinson 2000; Parker and Brotchie 2010), mientras que el abuso de alcohol parecen ser más comúnmente diagnosticados en hombres (Regier, Farmer et al. 1990). Se encontró que más hombres que mujeres estaban recibiendo tratamiento para la esquizofrenia en nuestros centros de salud mental. Aunque en general se acepta que la esquizofrenia afecta por igual a hombres y mujeres, se ha sugerido que el impacto de la esquizofrenia es mayor en hombres (Hafner 2003). El peor pronóstico en hombres se puede explicar por el inicio más precoz y por tanto niveles más bajos de desarrollo (Hafner 2003). Aunque especulativa, otra explicación plausible es que las mujeres están "protegidas" por los estrógenos, lo cual podría ser utilizado para tratar la esquizofrenia en los hombres (Kulkarni, Riedel et al. 2001). Para los trastornos de personalidad, nuestros resultados indican que son más frecuentes en hombres, mientras que en la literatura existente no se evidencian diferencias en cuanto a género (Lenzenweger 2008). Según la Organización Mundial de la Salud (OMS 2010), el sesgo de género se produce en el tratamiento de los trastornos mentales. En su informe de las diferencias de género en la salud mental, la OMS afirma que los médicos son más propensos a diagnosticar la depresión en mujeres en comparación con los hombres, incluso cuando tienen resultados similares en las medidas estandarizadas de depresión o síntomas idénticos. Por otro lado, existen diferencias de género en los patrones de búsqueda de ayuda para los trastornos mentales. Las mujeres han demostrado ser más propensas a buscar ayuda y consultar sus problemas de salud mental con el médico de atención primaria, mientras que los hombres son más propensos a buscar atención especializada en salud mental y son los principales usuarios de la atención hospitalaria (OMS 2010).

#### 6.4 RELEVANCIA DE LOS TRASTORNOS ADAPTATIVOS

Por último, debe tenerse en cuenta que los trastornos de adaptación fueron los diagnósticos más frecuentemente asignados a ambos grupos de profesionales. Hemos encontrado que los trastornos de adaptación representan alrededor del 30% de todos los diagnósticos asignados a psicólogos y psiquiatras. En cuanto a las tendencias longitudinales, nuestro análisis demuestra que este trastorno ha sido diagnosticado cada vez más en las últimas dos décadas. Este dramático incremento en el diagnóstico de trastorno de adaptación podría reflejar una tendencia sociocultural general: la psicologización y medicalización, cada vez mayor por las dificultades de la vida cotidiana (Pridmore 2008). Los trastornos de adaptación están intrínsecamente relacionados con el malestar emocional. Se ha sugerido que la medicalización progresiva y la psicologización de la angustia han reducido el umbral de tolerancia de los síntomas leves lo que conlleva la búsqueda de atención médica para ellos (Barsky and Borus 1995). Por otro lado, el modelo de Goldberg y Huxley en cuanto a las vías de atención psiquiátrica (Goldberg 1995) podría no ser adecuado por más tiempo. Este modelo de itinerarios de cuidado (Pathways to Care), propone un marco para entender cómo se produce la entrada y salida de pacientes del sistema de salud. El modelo considera cinco sectores de cuidado dentro del sistema de salud: de la comunidad, de atención primaria, de la atención primaria por problemas de salud mental, tratamiento ambulatorio en salud mental y tratamiento hospitalario de trastornos mentales. Cada sector representa un nivel de especialización mayor y se han utilizado para investigar los factores asociados con los itinerarios de atención en salud mental.

Algunos autores han concluido sin embargo que el modelo subestima sustancialmente la utilización de los servicios psiquiátricos especializados (O'Sullivan 2005). También se ha sugerido que algunos de los diagnósticos que se incluyeron en el DSM-IV a través de este proceso de medicalización debe ser ignorada (Pridmore 2008). El enfoque alternativo sería el estudio de estas condiciones en profundidad con el fin de desarrollar intervenciones eficaces para acercarse a ellos.

Nuevas investigaciones son necesarias para comprender mejor las condiciones en que desarrollan los trastornos adaptativos, el tipo de profesional y de intervención más eficaz para ellos.

### **6.5 COMPETENCIAS LEGALES EN CUANTO A LA RESPONSABILIDAD DEL TRATAMIENTO**

Las competencias y responsabilidades clínicas en cuanto al tratamiento y al diagnóstico debería ser una corresponsabilidad compartida dentro del equipo clínico de los centros de salud mental. Aunque el psiquiatra sea el coordinador, como ocurre habitualmente, la responsabilidad clínica no debe ser exclusiva de él. Los equipos de salud mental están formados por otros especialistas, como son los psicólogos clínicos, igualmente capacitados.

En cuanto a la responsabilidad sobre los tratamientos, el artículo 10 de la Ley General de Sanidad (Ley 14/1986 and 1986), se refiere al derecho que tienen los sujetos a que se les asigne un médico que será su interlocutor principal con el equipo asistencial y en caso de ausencia, otro facultativo del equipo asumirá tal responsabilidad. Este artículo, asimila médico a facultativo. En el año 1986 prácticamente los únicos facultativos del Sistema Sanitario eran los médicos.

La Federación Europea de Asociaciones de Psicólogos (EFPPA 2001 ) por su

parte indica que, dada la naturaleza del trastorno mental, tanto los psicólogos clínicos como los psiquiatras, están suficientemente capacitados para establecer la estrategia terapéutica más conveniente en cada caso.

El Convenio sobre los derechos humanos del Consejo de Europa (Consejo de Europa 1997) aplica todo su articulado, sobre obligaciones profesionales y normas de conducta, referidas a todas las intervenciones practicadas con fines preventivos, diagnósticos, de tratamiento, rehabilitadores o de investigación, a médicos y profesionales de la salud en general, incluidos los psicólogos. Este convenio entró en vigor en España en enero de 2000.

A pesar, de que está claramente fundamentada la capacidad para asumir la responsabilidad del tratamiento, por parte del psicólogo clínico, determinadas líneas médico-psiquiátricas siguen sustentando que la responsabilidad última de los tratamientos pertenece al psiquiatra (Martí-Tusquets 1982). El Borrador del perfil del psiquiatra (Dutch Psychiatric Association 1996) elaborado por la Asociación Holandesa de psiquiatría, plantea que “el psiquiatra es el responsable de la ejecución del conjunto del proceso de tratamiento del paciente psiquiátrico”.

Según el Plan Estratégico de Salud Mental 2010-2014 (Plan Estratégico de Salud Mental 2010), todo paciente atendido en el sistema sanitario público debe tener asignado un médico responsable, este rol puede ser ejercido por: a) el médico psiquiatra del Centro de Salud Mental elegido por el paciente de acuerdo con la regulación de la libre elección de médico especialista; o b) el médico especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. En este supuesto, el médico de Atención Primaria, ha optado por continuar siendo el médico responsable del paciente una vez realizado el diagnóstico diferencial médico y solicita la intervención de un

psicólogo especialista en Psicología Clínica del equipo de Salud Mental, recayendo sobre este último facultativo la responsabilidad sobre el paciente, de acuerdo con sus competencias profesionales.

## **6.6 FORTALEZAS Y LIMITACIONES DEL ESTUDIO**

Cabe destacar entre las principales fortalezas del estudio el gran tamaño de la muestra y el elevado número de asistencias, que refleja la práctica clínica habitual durante un largo periodo de tiempo. Se recoge prácticamente toda la asistencia en salud mental de la Comunidad Autónoma de Madrid (85%) y los datos han sido obtenidos en base a la actividad clínica de especialistas ya formados en salud mental (y muchos de ellos con larga trayectoria en este campo). Por otro lado, los profesionales no eran conscientes de estar participando en el estudio con lo que se han evitado sesgos en la recogida de los datos. Este estudio proporciona datos más detallados en cuanto a las diferencias asistenciales entre psiquiatras y psicólogos que otros estudios, ya que examina mayor número de diagnósticos.

Al ser un estudio longitudinal, muestra consistentemente cómo han evolucionado los diagnósticos a lo largo de casi 30 años (1980-2008).

Otro aspecto a destacar es la conversión de diagnósticos de la CIE-9 a los códigos de la CIE-10, según marcan las directrices de la OMS.

Entre las principales limitaciones de nuestro estudio cabe señalar: 1) los diagnósticos no fueron asignados en base a entrevistas estructuradas y reflejan la impresión clínica de los profesionales; 2) los datos de registro (datos socio-demográficos) fueron recogidos únicamente en la primera visita al centro y no fueron posteriormente actualizados y 3) no se recogieron datos sobre los diagnósticos en algunas visitas.



## 7 CONCLUSIONES

---

**Resumen.** Nuestro estudio muestra que existen diferencias asistenciales significativas entre psiquiatras y psicólogos clínicos con respecto a la tipología de los pacientes que atienden. También existen diferencias en cuanto al seguimiento tanto en el número de consultas como en la duración del mismo entre ambos profesionales. Un pequeño porcentaje de pacientes va a ser atendido de forma multidisciplinar. En las últimas dos décadas se han producido cambios en la prevalencia de algunos trastornos para ambos profesionales, destacando un aumento significativo de los trastornos adaptativos.

---

1. La reacción al estrés grave, trastornos de adaptación, otros trastornos de ansiedad, trastornos persistentes del estado de ánimo, trastornos específicos de personalidad, esquizofrenia y los trastornos emocionales de inicio específicos de la infancia fueron los diagnósticos más utilizados tanto por psicólogos como por psiquiatras.
2. Los pacientes atendidos por ambos profesionales (17,2%) realizan seguimientos más largos y con mayor número de consultas, una media de 5,8 años y 42 consultas respectivamente.
3. Los diagnósticos psiquiátricos más frecuentes asignados a ambos grupos fueron la reacción al estrés grave y los trastornos de adaptación, seguidos por otros trastornos de ansiedad, y los trastornos del humor persistentes.
4. Los pacientes atendidos por psicólogos, tienen menor número de consultas y seguimientos más cortos, que los pacientes tratados por psiquiatras, una media de 13 consultas y 2.4 años respectivamente. Los pacientes atendidos por psiquiatras realizan un seguimiento medio de 4.2 años y 21 consultas.
5. La reacción al estrés grave y los trastornos de adaptación, el trastorno somatomorfo, los trastornos emocionales de inicio específico en la infancia, los trastornos de ansiedad fóbica, los trastornos específicos del desarrollo de habilidades escolares y los trastornos hipercinéticos fueron los diagnósticos más frecuentes atendidos por psicólogos.
6. El trastorno de humor persistente, la esquizofrenia, los trastornos mentales y del comportamiento debido al uso de alcohol, los episodios depresivos, el trastorno afectivo bipolar, la demencia en la enfermedad de Alzheimer, el trastorno delirante persistente, y el retraso mental leve fueron los diagnósticos más frecuentes atendidos por los psiquiatras.
7. En las últimas dos décadas, ha habido un aumento significativo en el número de pacientes ambulatorios diagnosticados de reacción al estrés grave y de trastorno de adaptación por psiquiatras, psicólogos, y por ambos en los seguimientos multidisciplinarios.
8. Se ha producido un aumento del número de personas diagnosticadas de trastornos de ansiedad y de

trastornos de la alimentación por los psicólogos. Los trastornos de la alimentación alcanzaron su prevalencia máxima en el período 2000-2004 y han disminuido progresivamente hasta alcanzar en el 2008 la misma prevalencia que al principio del estudio. Ha disminuido en un 2% aproximadamente, el número de personas diagnosticadas de trastornos emocionales de inicio específico en la infancia por los psicólogos, a lo largo de todo el periodo del estudio.

9. De los pacientes atendidos por psiquiatras, se ha producido una disminución del número de personas diagnosticadas de esquizofrenia, de trastorno persistente del humor y de trastorno específico de la personalidad, a lo largo de todo el periodo del estudio.

10. Aumento del número de personas diagnosticadas de esquizofrenia y de trastorno específico de la personalidad tratados por ambos grupos de especialistas, a lo largo de todo el periodo del estudio.

11. En los pacientes atendidos por psicólogos, la reacción al estrés grave y los trastornos de adaptación, los trastornos persistentes del humor, los trastornos de la alimentación, y los trastornos disociativos (de conversión) fueron más frecuentemente asignados a las mujeres. Los trastornos somatomorfos, los trastornos específicos de la personalidad, el trastorno obsesivo-compulsivo, la disfunción sexual, y los trastornos mentales y del comportamiento

debido al uso de alcohol fueron más frecuentemente asignados a los hombres.

12. Los diagnósticos de las mujeres comparados con los de los hombres que reciben tratamiento por los psiquiatras, tienen un patrón similar al de los psicólogos. Los trastornos de adaptación, los trastornos afectivos y los trastornos relacionados con la ansiedad, son más frecuentemente asignados a las mujeres, mientras que los trastornos de personalidad, esquizofrenia y trastornos relacionados con el consumo de alcohol son más frecuentemente asignados a los hombres.

## 8 APÉNDICES :

### 8.1 FICHAS DE IDENTIFICACIÓN

#### APPENDIX

#### Appendix 1



Servicios de Salud Mental



FECHA: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Nº HISTORIA: \_\_\_\_\_

Nº SEGURIDAD SOCIAL: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

APELLIDOS: 1º: \_\_\_\_\_ 2º: \_\_\_\_\_

NOMBRE: \_\_\_\_\_ Nº D.N.I.: \_\_\_\_\_

DOMICILIO: \_\_\_\_\_ C. POSTAL: \_\_\_\_\_

TELÉFONO: \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

FECHA DE NACIMIENTO: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ HOMBRE: \_\_\_\_\_

MUJER: \_\_\_\_\_

#### ESTADO CIVIL:

SOLTERO/A: \_\_\_\_\_S  
CASADO/A: \_\_\_\_\_C  
DIVORCIADO/A: \_\_\_\_\_D  
SEPARADO/A: \_\_\_\_\_X  
VIUDO/A: \_\_\_\_\_V

#### TIPO DE CONVIVENCIA:

SOLO/A: \_\_\_\_\_01  
CON CÓNYUGE: \_\_\_\_\_02  
CON PAREJA: \_\_\_\_\_03  
CON PADRES: \_\_\_\_\_04  
SOLO CON PADRE: \_\_\_\_\_05  
SOLO CON MADRE: \_\_\_\_\_06  
CON HIJOS: \_\_\_\_\_07  
CON OTROS FAMIL: \_\_\_\_\_08  
EN INSTITUCIÓN: \_\_\_\_\_09  
OTROS: \_\_\_\_\_00

#### TIPO DE ESTUDIOS:

ANALFABETO/A: \_\_\_\_\_01  
SIN ESTUDIOS: \_\_\_\_\_02  
ESTUDIOS PRIMARIOS: \_\_\_\_\_03  
GRADUADO ESCOLAR: \_\_\_\_\_04  
BACHILLER: \_\_\_\_\_05  
COU: \_\_\_\_\_06  
TITUL. UNIVERSITARIO: \_\_\_\_\_07  
LICEN. UNIVERSITARIO: \_\_\_\_\_08  
OTROS: \_\_\_\_\_09

#### OCUPACIÓN O PROFESIÓN:

SIN TRABAJO \_\_\_\_\_00  
PROFESIONALES Y TÉCNICOS: \_\_\_\_\_01  
DIRECTIVOS: \_\_\_\_\_02  
PERSONAL ADMINISTRATIVO: \_\_\_\_\_03  
VENDEDORES Y COMERCIANTES: \_\_\_\_\_04  
HOSTELERÍA Y SERV. DE SEGURIDAD: \_\_\_\_\_05  
AGRICULTURA Y GANADERÍA: \_\_\_\_\_06  
PERSONAL DE INDUSTRIA, CONSTRUCCIÓN  
Y TRANSPORTE: \_\_\_\_\_07  
OTROS: \_\_\_\_\_08  
PERSONAL FUERZAS ARMADAS: \_\_\_\_\_09

#### SITUACIÓN LABORAL:

TRABAJANDO: \_\_\_\_\_02  
BUSCANDO PRIMER EMPLEO: \_\_\_\_\_03  
PARADO CON SUBSIDIO: \_\_\_\_\_04  
PARADO SIN SUBSIDIO: \_\_\_\_\_05  
RETIRADO, PENSIONISTA, JUBILADO: \_\_\_\_\_06  
ESTUDIANDO: \_\_\_\_\_08  
DEDICADO LABORES DEL HOGAR: \_\_\_\_\_09  
INCAPACIDAD LABORAL TRANS.: \_\_\_\_\_10  
INCAPACIDAD PERMANENTE: \_\_\_\_\_11

NOMBRE DEL CONSULTORIO: \_\_\_\_\_

NOMBRE DEL MÉDICO DE CABECERA: \_\_\_\_\_



#### ¿HA TENIDO CONTACTO CON PSIQUIÁTRA O PSICÓLOGO ANTERIORMENTE?:

SI: \_\_\_\_\_ ¿DE QUÉ TIPO?: PARTICULAR: \_\_\_\_\_A  
AMBULATORIO: \_\_\_\_\_A  
HOSPITALARIO: \_\_\_\_\_H  
NO: \_\_\_\_\_

## 8.2 FICHA DIAGNÓSTICA

## APPENDIX

DISPOSITIVO \_\_\_\_\_


**Servicios de Salud Mental**


FECHA \_\_\_\_\_ (Escribir en la forma DDMMAA)

FICHA DE ASISTENCIA			
N.º Historia Clínica		PROGRAMAS	
TRANSVERSALES		LONGITUDINALES	
<b>TIPO DE PRESTACION</b> - Evaluación en el centro = 01 - Evaluación fuera del centro = 02 - Atención ambulatoria = 03 - Atención domiciliaria = 04 - Urgencia = 05 - Apoyo atención primaria = 06 - Apoyo urgencia sanitaria general = 07 - Interconsulta hospitalaria = 08 - Apoyo Servicios Sociales y comunitarios = 09 - Rehabilitación y reinserción social = 10 - Peritajes = 11 - Apoyo a Servicios Educativos = 12	<b>MODALIDADES DE ATENCION</b> - Tratamiento farmacológico = 01 - Terapia individual = 02 - Terapia de grupo = 03 - Terapia de familia = 04 - Terapia de pareja = 05 - Atención con personas relacionadas = 06 - Tratamiento farmacológico + otra terapia individual = 07 - Otras combinaciones = 08 - Grupos de apoyo = 09 - Consulta terapéutica = 10 - Entrevista con padres = 11 - Trabajo social = 12	<b>GRUPOS</b> - Infanto-Juvenil = 1 - Tercera Edad = 2 - Adultos = 3 - Drogodependen. = 4 - Alcoholismo = 5 - Rehabilitación y reinserción social = 6	
<b>CODIGO IDENTIFICACION</b> Sexo (V-M) _____ Iniciales nombre y apellidos _____ Día _____ Mes _____ Año _____ Fecha de nacimiento _____ En nombre o apellidos compuestos, usar siempre el primero			
<b>DIAGNOSTICO</b> 1.º _____ PROFESIONALES 1 _____ 2 _____ 3 _____ <b>DIAGNOSTICO</b> 2.º _____ (Inicial nombre, inicial primer apellido, inicial segundo apellido) (Según ICD 9.ª, OMS)			
<b>MODIFICACION A LA HOJA DE DATOS INICIALES</b>			
Anote el nombre del campo a modificar y el nuevo código del mismo _____ <b>NUEVO CODIGO</b> _____			
<b>EJEMPLAR PARA PROCESO DE DATOS</b>			

• ¿Acude el paciente a la cita? (S/N) ☐

**8.3 TABLAS DE CONVERSIÓN CIE-9 A CIE-10**

(Ayuntamiento de Madrid 2012)

**Tabla 24. Resumen de los códigos de conversión**

<b>CIE-9</b>	<b>CIE-10</b>	
290.0-290.9	F00-F09	Trastornos mentales orgánicos, incluidos los sintomáticos.
291.0-292.9 294.0 294.1 294.8 294.9 303.0-305.9	F10-F19	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de sustancias psicotropas.
295.0-295.9 297.0-297.9 298.3-298.9	F20-F29	Esquizofrenia, trastorno esquizotípico y trastorno de ideas delirantes.
296.0-296.9 298.0-298.1 300.4	F30-F39	Trastornos del humor.
300.0-300.1 300.2-300.3 300.4-300.8 300.9 306.0-306.9 308.0-309.2 309.3-309.9	F40-F49	Trastornos neuróticos, secundarios a situaciones estresantes y somatomorfos.
302.7-302.8 307.1 307.4 307.5	F50-F59	Trastornos del comportamiento asociados a disfunciones fisiológicas y factores somáticos.
301.2-302.6 302.8-302.9	F60-F69	Trastornos de la personalidad y del comportamiento del adulto.
317.0-319.0	F70-F79	Retraso mental.
299.0-299.9 307.9 315.0-315.9	F80-F89	Trastornos del desarrollo psicológico.
307.0 307.2 307.3 307.5 307.6 307.7 307.9 312.3-314.9	F90-F99	Trastornos de l comportamiento y de las emociones de comienzo habitual en la infancia y adolescencia.

**8.4 TABLA: CÓDIGOS CIE-10****Tabla 25. Clasificación internacional de las enfermedades mentales**

<b>CIE-10</b>	<b>CLASIFICACIÓN INTERNACIONAL DE LAS ENFERMEDADES MENTALES</b>
F00-F09	Trastornos mentales orgánicos, incluidos los sintomáticos.
F10-F19	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de sustancias psicotropas.
F20-F29	Esquizofrenia, trastorno esquizotípico y trastorno de ideas delirantes.
F30-F39	Trastornos del humor.
F40-F49	Trastornos neuróticos, secundarios a situaciones estresantes y somatomorfos.
F50-F59	Trastornos del comportamiento asociados a disfunciones fisiológicas y factores somáticos.
F60-F69	Trastornos de la personalidad y del comportamiento del adulto.
F70-F79	Retraso mental.
F80-F89	Trastornos del desarrollo psicológico.
F90-F99	Trastornos de l comportamiento y de las emociones de comienzo habitual en la infancia y adolescencia.

## 9 ÍNDICE DE TABLAS

- 1 Tabla 1. Áreas de conocimiento en la formación de psiquiatría.
- 2 Tabla 2. Programa de rotaciones en la formación de psiquiatría.
- 3 Tabla 3. Áreas de conocimiento en la formación de psicología.
- 4 Tabla 4. Programa de rotaciones en la formación de psicología.
- 5 Tabla 5. Resumen de los principales estudios sobre patrones clínicos de psiquiatras y psicólogos.
- 6 Tabla 6. Características socio-demográficas del área metropolitana de la comunidad de Madrid.
- 7 Tabla 7. Centros de salud mental según áreas sanitarias.
- 8 Tabla 8. Características de la muestra según sexo.
- 9 Tabla 9. Características de la muestra según cobertura sanitaria.
- 10 Tabla 10. Características de la muestra según antecedentes personales.
- 11 Tabla 11. Características de la muestra según estado civil.
- 12 Tabla 12. Características de la muestra según grado de incapacidad.
- 13 Tabla 13. Características de la muestra según nivel educativo.
- 14 Tabla 14. Características de la muestra según ocupación.
- 15 Tabla 15. Características de la muestra según tipo de convivencia.
- 16 Tabla 16. Características de la muestra según situación laboral.
- 17 Tabla 17. Diagnósticos más frecuentes asignados a psicólogos, psiquiatras y a ambos grupos de profesionales.
- 18 Tabla 18: Diagnósticos más frecuentes asignado por psicólogos y distribuidos por sexo.
- 19 Tabla 19. Diagnósticos más frecuentes asignados a psiquiatras y distribuidos por sexo.
- 20 Tabla 20. Características del seguimiento en salud mental.
- 21 Tabla 21. Número de consultas atendidas por psiquiatras, psicólogos y ambos.
- 22 Tabla 22. Características del seguimiento de pacientes por psiquiatras, psicólogos y ambos.
- 23 Tabla 23. Datos comparativos del seguimiento en salud mental entre psiquiatras y psicólogos.
- 24 Tabla 24. Resumen de los códigos de conversión
- 25 Tabla 25. Clasificación internacional de las enfermedades mentales

## 10 ÍNDICE DE FIGURAS

- 1 Figura 1. Evolución histórica de la psiquiatría y de la psicología.
- 2 Figura 2. Mapa de los municipios de la Comunidad de Madrid según su densidad de población 2002.
- 3 Figura 3. Gráfico: Evolución demográfica de la Comunidad de Madrid (1900-2001), por series cronológicas decenales.
- 4 Figura 4. Gráfico: Evolución demográfica de la Comunidad de Madrid (1991-2007), por series cronológicas anuales.
- 5 Figura 5. Selección de la muestra objeto de estudio.
- 6 Figura 6. Areas sanitarias y centros de salud mental de donde fue tomada la muestra.
- 7 Figura 7. Nuevo mapa sanitario de la Comunidad de Madrid.
- 8 Figura 8. Gráfico: Distribución de la muestra según el sexo.
- 9 Figura 9. Gráfico: Distribución de la muestra según el estado civil.
- 10 Figura 10. Diagnósticos más frecuentes asignados a psicólogos, psiquiatras y a ambos grupos de profesionales.
- 11 Figura 11. Tendencias longitudinales del perfil clínico de los pacientes atendidos por psicólogos
- 12 Figura 12. Tendencias longitudinales del perfil de pacientes atendidos por psiquiatras.
- 13 Figura 13. Tendencias longitudinales del perfil de pacientes atendidos por ambos grupos de profesionales.



## 11 REFERENCIAS

- Agresti, A. and Y. Min (2002). "Unconditional small-sample confidence intervals for the odds ratio." *Biostatistics* **3**(3): 379-386.
- Alexander F, S. S. (1966). Historia de la psiquiatría. Barcelona. Espaxs.
- Alfred, M. (1946). Bedlam 1946', Life: 102-118
- Allan, A. (1995). "Expert Evidence: The Emergence of Psychiatry and Psychology." *Medicine and Law* **14**: 677-684.
- APA (1995). "Practice guideline for the treatment of patients with substance use disorders: alcohol, cocaine, opioids. American Psychiatric Association." *Am J Psychiatry* **152**(11 Suppl): 1-59.
- APA (1998). "Practice guideline for the treatment of patients with panic disorder. Work Group on Panic Disorder. American Psychiatric Association." *Am J Psychiatry* **155**(5 Suppl): 1-34.
- APA (2000). "Practice guideline for the treatment of patients with major depressive disorder (revision). American Psychiatric Association." *Am J Psychiatry* **157**(4 Suppl): 1-45.
- APA (2001). "Practice guideline for the treatment of patients with borderline personality disorder. American Psychiatric Association." *Am J Psychiatry* **158**(10 Suppl): 1-52.
- APA (2002). "Practice guideline for the treatment of patients with bipolar disorder (revision). American Psychiatric Association." *Am J Psychiatry* **159**(4 Suppl): 1-50.
- Arranz, M. J. and S. Kapur (2008). "Pharmacogenetics in psychiatry: are we ready for widespread clinical use?" *Schizophr Bull* **34**(6): 1130-1144.
- Asiel, A., & Fernández-Liria, A. (2000). "Psicoterapia y fármacos: ¿por fin juntos? Nuevos datos sobre la combinación." *Psiquiatría Pública* **12**: 285-288.
- Ayuntamiento de Madrid. (2012). "www.madrid.org/iestadis/fijas/clasificaciones/corcie.htm."
- Baca-Garcia, E., M. M. Perez-Rodriguez, et al. (2007). "Diagnostic stability of psychiatric disorders in clinical practice." *Br J Psychiatry* **190**: 210-216.
- Baca-Garcia, E., M. M. Perez-Rodriguez, et al. (2007). "Diagnostic stability and evolution of bipolar disorder in clinical practice: a prospective cohort study." *Acta Psychiatr Scand* **115**(6): 473-480.
- Baca-Garcia, E., M. M. Perez-Rodriguez, et al. (2011). "Suicidal ideation and suicide attempts among Hispanic subgroups in the United States: 1991-1992 and 2001-2002." *J Psychiatr Res* **45**(4): 512-518.
- Baca Balamero, E. (1995). "El concepto de salud mental: notas para un análisis del estado de la cuestión." *Archivos de Neurobiología* **58** (4): 341-349.
- Baker B. and Ludy, T. B., Jr (2000). "The Affirmation of the Scientist-Practitioner: A Look Back at Boulder." *American Psychologist* **55**: 241-247.
- Barsky, A. J. and J. F. Borus (1995). "Somatization and medicalization in the era of managed care." *JAMA* **274**(24): 1931-1934.
- Beck, A. T. (1962). "The Reliability of Psychiatric Diagnoses: A Critique

- of Systematic Studies." American Journal of Psychiatry **119**: 210-216.
- Beck, A. T., C.H. Ward, et al. (1962). "Reliability of Psychiatric Diagnoses: A Study of Consistency of Clinical Judgments and Ratings." American Journal of Psychiatry **119** 351-357.
- Beitman, B. D., N. C. Beck, et al. (1994). "Patient Stage of Change predicts outcome in a panic disorder medication trial." Anxiety **1**(2): 64-69.
- Bellino, S., C. Rinaldi, et al. (2010). "Adaptation of interpersonal psychotherapy to borderline personality disorder: a comparison of combined therapy and single pharmacotherapy." Can J Psychiatry **55**(2): 74-81.
- Bercherie, P., Ed. (1986). Los Fundamentos de la Clínica, Historia y Estructura del Saber Psiquiátrico. Buenos Aires, Ed. Manantial.
- Berrios, G. E. (1996). The history of mental symptoms: Descriptive psychopathology since the nineteenth century. Cambridge, UK, Cambridge University Press.
- Binder, D. K., K. Schaller, et al. (2007). "The seminal contributions of Johann-Christian Reil to anatomy, physiology, and psychiatry." Neurosurgery **61**(5): 1091-1096; discussion 1096.
- BOE (2008). Programa formativo de la especialidad de Psiquiatría. M. d. S. y. Consumo, Martes 16 de Septiembre: 37916-37921.
- BOE (2009). Programa formativo de la especialidad de Psicología Clínica. M. d. S. y. P. Social, Miércoles 17 de junio: 51210-51236.
- Bradley, S. S. (1990). "Nonphysician psychotherapist-physician pharmacotherapist: a new model for concurrent treatment." Psychiatr Clin North Am **13**(2): 307-322.
- Braslow, J. (1997). "Mental Ills, Bodily Cures." Berkeley, CA: University of California Press.
- Brennan, R. E., Ed. (1969). Historia de la Psicología. Madrid., 2 ed.
- Buck, J. A., J. L. Teich, et al. (1999). "Behavioral health benefits in employer-sponsored health plans, 1997." Health Aff (Millwood) **18**(2): 67-78.
- Bush, V. (1945). "Science: The Endless Frontier." Washington, DC: Government Printing Office.
- Capshew, J. H. (1986). "Psychology on the March: American Psychologists and World War II " unpublished PhD dissertation: University of Pennsylvania.
- Carrasco Gómez, J. J. y. M. M., J.M. (1996) "Psiquiatría legal y forense. La Ley Actualidad."
- Cattell, R. B. (1983). "Let's end the duel." Am Psychol **38**(7): 769-776.
- Consejería de Salud, J. d. A. (2003-2007). Plan Integral de Salud Mental de Andalucía.
- Consejo de Europa (1997). Convenio relativo a los derechos humanos y la biomedicina. BOE de 20 de octubre de 1999. .
- Cooper, J. R., R. Rendell, et al. (1972). "Psychiatric Diagnoses in London and New York." London: Oxford University Press.
- Crown, S. (1972). "The 'clinical' psychologist: stigma, paradox and hope." Br J Med Psychol **45**(3): 199-202.
- Chang, T. and M. Fava (2010). "The future of psychopharmacology of depression." J Clin Psychiatry **71**(8): 971-975.
- Detre, T. and M. C. McDonald (1997). "Managed care and the future of psychiatry." Arch Gen Psychiatry **54**(3): 201-204.

- Deutsch, A. (1948). "The Shame of the States." New York: Harcourt Brace.
- Dewan, M. (1999). "Are psychiatrists cost-effective? An analysis of integrated versus split treatment." Am J Psychiatry **156**(2): 324-326.
- Dewhurst, K. (1962). "Thomas sydenham (1624-1689) reformer of clinical medicine." Med Hist **6**(2): 101-118.
- Dutch Psychiatric Association (1996). "Draft Psychiatrist's Profile, Agosto de 1996. Asociación Española de Neuropsiquiatría.
- E.D. APA (2000). "Practice guideline for the treatment of patients with eating disorders (revision). American Psychiatric Association Work Group on Eating Disorders." Am J Psychiatry **157**(1 Suppl): 1-39.
- EFPPA (2001 ). Federación Europea de Asociaciones Profesionales de Psicólogos. Informe a petición de la sala 3 del Tribunal Supremo sobre el campo profesional de la Psicología. Bruselas.
- Ennis, B. J. and T. R. Litwack (1974). "Psychiatry and the Presumption of Expertise: Flipping Coins in the Courtroom." California Law Review **62**: 693-752.
- Expert Consensus, P. f. o.-c. d. (1997). "Treatment of obsessive-compulsive disorder. ." J Clin Psychiatry **58 Suppl 4**: 2-72.
- Eysenck, H. J. (1950). "Function and training of the clinical psychologist." J Ment Sci **96**(404): 710-725.
- Farreras, I. D. (2001). "Before Boulder: Professionalizing Clinical Psychology, 1896-194." Unpublished PhD dissertation: University of New Hampshire.
- Frankl, V. E. (1956). "Theorie und Therapie der Neurosen." Z Psychother Med Psychol **6**(4): 137-152.
- Freud, S. (1937). Análisis terminable e interminable. . Obras completas. Madrid : Biblioteca nueva. III: 3339-3364.
- Friedman, L. J. (1990). "Menninger: The Family and the Clinic." New York: Knopf.
- Germain, J. (1959). "Définition et limites de la psychologie clinique, ses relations avec la psychothérapie." L'Encéphale **187**.
- Gil, E. (1999). "Sistemas de información en Salud Mental." Psiquiatría Pública. **10**: 301-306.
- Goldberg, D. (1995). "Epidemiology of mental disorders in primary care settings." Epidemiol Rev **17**(1): 182-190.
- Goldman, W., J. McCulloch, et al. (1998). "Outpatient utilization patterns of integrated and split psychotherapy and pharmacotherapy for depression." Psychiatr Serv **49**(4): 477-482.
- Grob, G. (1990). "'World War II and American Psychiatry'." Psychohistory Review **19**: 41-69.
- Hafner, H. (1989). "The concept of mental illness." Psychiatr Dev **7**(2): 159-170.
- Hafner, H. (2003). "Gender differences in schizophrenia." Psychoneuroendocrinology **28 Suppl 2**: 17-54.
- Hales, R. E., Ed. (2009). Tratado de psiquiatría clínica. Quinta edición. Barcelona, Elsevier.
- Hall, J. N. (1996). "Working effectively with clinical psychologists." Advances in Psychiatric Treatments **2**: 219-225.
- Hersen, M. (1986). "Pharmacological and behavioral treatment: And integrative approach. ." New York: Wiley & Son.
- Hetherington, R. (1983). "Communication between doctors

- and psychologists." Br J Med Psychol **56 (Pt 1)**: 99-104.
- Hill, J. (1982). "Reasons and causes: the nature of explanations in psychology and psychiatry." Psychol Med **12(3)**: 501-514.
- IECM (1985-2012). Instituto de Estadística de la Comunidad de Madrid. Estadística de enseñanza universitaria y no universitaria. Anuario estadístico. [www.madrid.org/iestadis](http://www.madrid.org/iestadis). Comunidad de Madrid.
- INE. (2011). "[www.ine.es](http://www.ine.es)."
- INE (Segundo trimestre de 2010). Encuesta de población activa. Comunidad de Madrid.
- Jones, E. (1931). The concept of a normal mind. . Jones, E. Papers on Psychoanalysis. Baltimore: Williams and Wilkins.
- Justicia., M. d. (2002). Sentencia del Tribunal Supremo de 1 de octubre de 2002. Recurso contencioso-administrativo 48/1999.: 14-15.
- Kapfhammer, H. P. (2008). "[Psychotherapy and pharmacotherapy of anxiety disorders]." Neuropsychiatr **22(2)**: 51-70.
- Katon, W., M. von Korff, et al. (1992). "Adequacy and duration of antidepressant treatment in primary care." Med Care **30(1)**: 67-76.
- Kazakovtsev, B. A., V. N. Krasnov, et al. (2005). "[WHO European Ministerial Conference on Mental Health, "facing the challenges, building solutions" (Helsinki, Finland, 12-15 January 2005)]." Zh Nevrol Psikhiatr Im S S Korsakova **105(9)**: 78-80.
- Keck, M. E., T. Welt, et al. (2002). "Repetitive transcranial magnetic stimulation increases the release of dopamine in the mesolimbic and mesostriatal system." Neuropharmacology **43(1)**: 101-109.
- Kendell, R. E. (1974). "The Stability of Psychiatric Diagnoses." British Journal of Psychiatry **124**: 352-356.
- Kendell, R. E., J.E. Cooper, et al. (1971). "Diagnostic Criteria of American and British Psychiatrists." Archives of General Psychiatry **25**: 123-130.
- Khan, A., H. A. Warner, et al. (2000). "Symptom reduction and suicide risk in patients treated with placebo in antidepressant clinical trials: an analysis of the Food and Drug Administration database." Arch Gen Psychiatry **57(4)**: 311-317.
- Kiesler, C. A. (1977). "Training of psychiatrists and psychologists." Am Psychol **32(2)**: 107-108.
- Kingsbury, S. J. (1987). "Cognitive differences between clinical psychologists and psychiatrists." Am Psychol **42(2)**: 152-156.
- Kingsbury, S. J. (1992). "Some effects of prescribing privileges." Am Psychol **47(3)**: 426-427.
- Kirsch, I., T. J. Moore, et al. (2002). "The emperor's new drugs: An analysis of antidepressant medication data submitted to the U.S." Food And Drug Administration. Prevention & Treatment **Volume 5, Article 23**.
- Klein, M. (1960). "On mental health." Br J Med Psychol **33**: 237-241.
- Kneeland, T. and C. Warren (2002). "A History of Electroshock in America." Pushbutton Psychiatry: Westport, CT: Praeger, .
- Koran, L. M., G. L. Hanna, et al. (2007). "Practice guideline for the treatment of patients with obsessive-compulsive disorder." Am J Psychiatry **164(7 Suppl)**: 5-53.
- Kramer H, S. J., Ed. (1975). *Malleus maleficarum* (Martillo de brujas). Buenos Aires, Orión.

- Kretschmer, E. (1949). "Psychotherapeutische Studien." Stuttgart: Thieme.
- Krupnick, J. L., S. M. Sotsky, et al. (1996). "The role of the therapeutic alliance in psychotherapy and pharmacotherapy outcome: findings in the National Institute of Mental Health Treatment of Depression Collaborative Research Program." J Consult Clin Psychol **64**(3): 532-539.
- Kulkarni, J., A. Riedel, et al. (2001). "Estrogen - a potential treatment for schizophrenia." Schizophr Res **48**(1): 137-144.
- Lefley, H. P. (2000). "Psychologists, psychiatrists, and psychosis: will turf battles trump treatment?" New Dir Ment Health Serv(88): 39-47.
- Lenzenweger, M. F. (2008). "Epidemiology of personality disorders." Psychiatr Clin North Am **31**(3): 395-403, vi.
- León Castro, H. M. (2005). Estigma y enfermedad mental. Un punto de vista histórico-social. Revista de Psiquiatría y salud mental **6**: 33-42.
- Lerman, P. (1983). "Deinstitutionalization and the Welfare State " New Brunswick, NJ: Rutgers University Press.
- Ley 14/1986 and (1986). Ley General de Sanidad. BOE 29 de abril, 1986
- Littrell, J. and J. B. Ashford (1995). "Is it proper for psychologists to discuss medications with clients?" Prof Psychol Res Pr **26**(3): 238-244.
- Lopez, J., E. Baca, et al. (2008). "[Diagnostic errors and temporal stability in bipolar disorder]." Actas Esp Psiquiatr **36**(4): 205-209.
- Marietan H., Ed. ( 1990). La historia Clínica en Psiquiatría, Inédito. Buenos Aires.
- Martí-Tusquets, J. L., Ed. (1982). Psiquiatría social, Barcelona: Herder.
- McFie, J. (1973). "The "clinical" psychologist: stigma, paradox and hope." Br J Med Psychol **46**(2): 196-197.
- Meyerhoff, H. (1959). "Leitfaden der klinischen Psychologie." München-Basl: Reinhardt.
- Millon, T., y Klerman, G. L. (1986). Contemporary directions in psychopathology. Nueva York, Guilford Press.
- .Ministerio Sanidad, y. C. (2006). Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud.
- Mojtabai, R. and M. Olfson (2008). "National trends in psychotherapy by office-based psychiatrists." Arch Gen Psychiatry **65**(8): 962-970.
- Moore, C. H., W. E. Boblitt, et al. (1968). "Psychiatric impressions of psychological reports." J Clin Psychol **24**(3): 373-376.
- Morrison, J. K., B. D. Layton, et al. (1982). "Ethical conflict among clinical psychologists and other mental health workers." Psychol Rep **51**(3 Pt 1): 703-714.
- Nietzel, M. T., Bernstein, D. A. y Milich, R. (1994). Introduction to clinical psychology. Englewood Cliffs: Prentice Hall.
- O'Sullivan, T., Cotton, A. & Scott, A. (2005). "Goldberg and Huxley's model revisited." Psychiatric Bulletin **29**: 116.
- Olfson, M., S. C. Marcus, et al. (2002). "National trends in the use of outpatient psychotherapy." Am J Psychiatry **159**(11): 1914-1920.
- Olfson, M. and H. A. Pincus (1996). "Outpatient mental health care in

- nonhospital settings: distribution of patients across provider groups." Am J Psychiatry **153**(10): 1353-1356.
- OMS (1978). International Classification of Diseases, Version 9 (ICD-9). WHO: Geneva.
- OMS (1992). Tenth revision of the International Classification of Diseases and related health problems (ICD-10). , WHO: Genev.
- OMS (1993). CIE 10. Trastornos mentales y del comportamiento: Tablas de conversion entre la CIE-8, la CIE-9 y la CIE-10. OMS. Madrid.
- OMS (2010). Gender and women's mental health. Available at: [www.who.int/mental\\_health/prevention/genderwomen/en/print.ht](http://www.who.int/mental_health/prevention/genderwomen/en/print.ht)
- Orlans, H. (1948). "An American Death Camp." Politics **5**: 162-167.
- Panse, F. (1960). "Kliische Psychologie, ein psychiatrisches Bedürfnis." Köln-Opladen: Westdeutscher Verlag.
- Parker, G. and H. Brotchie (2010). "Gender differences in depression." Int Rev Psychiatry **22**(5): 429-436.
- Parlamento, E. (2006). Resolución sobre "Mejorar la salud mental de la población. Hacia una estrategia de la Unión Europea en materia de Salud Mental".
- Payton, M. E., M. H. Greenstone, et al. (2003). "Overlapping confidence intervals or standard error intervals: what do they mean in terms of statistical significance?" J Insect Sci **3**: 34.
- Petrowitsch, N. (1960). La colaboración de psicólogos y psiquiatras en su problemática fundamental. Psychiatrie Klinik. Alemania.
- Piccinelli, M. and G. Wilkinson (2000). "Gender differences in depression. Critical review." Br J Psychiatry **177**: 486-492.
- Pincus, H. A., D. A. Zarin, et al. (1999). "Psychiatric patients and treatments in 1997: findings from the American Psychiatric Practice Research Network." Arch Gen Psychiatry **56**(5): 441-449.
- Pingitore, D. P., R. M. Scheffler, et al. (2002). "Comparison of psychiatrists and psychologists in clinical practice." Psychiatr Serv **53**(8): 977-983.
- Plan Estratégico de Salud Mental (2010). Plan Estratégico de Salud Mental 2010-2014. C. d. S. Comunidad de Madrid. Madrid.
- Plant, R. (2005). "'William Menninger and American Psychoanalysis, 1946-48'." History of Psychiatry **16** 181-202.
- Porter, R., Ed. (1989). Historia social de la locura. Barcelona, Editorial Crítica.
- Porter, R., Ed. (1989). Historia social de la locura. Barcelona, Editorial Crítica.
- Pratchett, L. C., K. Daly, et al. (2011). "New approaches to combining pharmacotherapy and psychotherapy for posttraumatic stress disorder." Expert Opin Pharmacother **12**(15): 2339-2354.
- Pressman, J. D. (1998). "Last Resort: Psychosurgery and the Limits of Medicine." Cambridge: Cambridge University Press.
- Preston, J., & Ebert, B. (1999). "Psychologist` role in the discussion of psychotropic medication with clients: legal and ethical considerations." California Psychology: 32-34.
- Pridmore, S. (2008). "The medicalization of society: on the transformation of human conditions into treatable disorders." Australian and new Zealand Journal of Psychiatry **42**: 650.
- Pridmore, S. T. (2008). "The medicalization of society: on the transformation of human

- conditions into treatable disorders " Australian and new Zealand Journal of Psychiatry **42**: 650.
- Primm, S., W. Falk, et al., Eds. (1989). Fundamentals of combined treatment. In The Psychotherapist's Guide to Pharmacotherapy. Edited by Ellison JM. Chicago, Year Book Medical, pp 3–21.
- Psiquiátrica., C. M. p. l. r. (1985). Informe de la Comisión Ministerial para la Reforma Psiquiátrica. S. d. P. d. M. d. S. y. Consumo. Madrid.
- Reeves, G. and B. Anthony (2009). "Multimodal treatments versus pharmacotherapy alone in children with psychiatric disorders: implications of access, effectiveness, and contextual treatment." Paediatr Drugs **11**(3): 165-169.
- Regier, D. A., M. E. Farmer, et al. (1990). "Comorbidity of mental disorders with alcohol and other drug abuse. Results from the Epidemiologic Catchment Area (ECA) Study." JAMA **264**(19): 2511-2518.
- Reisman, J. M. (1991). A history of clinical psychology. Nueva York: Hemisphere Publishing Corporation.
- Reiss, A. L. (2009). "Childhood developmental disorders: an academic and clinical convergence point for psychiatry, neurology, psychology and pediatrics." J Child Psychol Psychiatry **50**(1-2): 87-98.
- Rümke, H. C. (1947). "Über die Notwendigkeit einer Revision der Neurosenlehre." Schweiz. Arch. Neurol., **59**: 326.
- Sammons, M. T., & Schmidt, N. B. (2001). "Combined treatments for mental disorders: A guide to psychological and pharmacological interventions." Washington: American Psychological Association.
- Scully, A. (1977). "Decarceration: Community Treatment and the Deviant " Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.
- Scully, A. (2005). "Madhouse: A Tragic Tale of Megalomania and Modern Medicine." New Haven,CT: Yale University Press.
- Scully, A. (2011). "Contested jurisdictions: psychiatry, psychoanalysis, and clinical psychology in the United States, 1940-2010." Med Hist **55**(3): 401-406.
- Scully, J. H. and J. E. Wilk (2003). "Selected characteristics and data of psychiatrists in the United States, 2001-2002." Acad Psychiatry **27**(4): 247-251.
- Schindler, F. E., M. R. Berren, et al. (1981). "A study of the causes of conflict between psychiatrists and psychologists." Hosp Community Psychiatry **32**(4): 263-266.
- Schulberg, H. C., M. R. Block, et al. (1996). "Treating major depression in primary care practice. Eight-month clinical outcomes." Arch Gen Psychiatry **53**(10): 913-919.
- Schechter, F. and M. K. Harty (1982). "Mental health disciplines in conflict: the patient pays the price." Bull Menninger Clin **46**(5): 458-464.
- Shorter and David Healy, E. (2007). "Shock Therapy: A History of Electroconvulsive Treatment in Mental Illness " New Brunswick, NJ: Rutgers University Press.
- Sicras Mainar, A., J. Rejas Gutierrez, et al. (2007). "[Patterns of health services use and costs in patients with mental disorders in primary care]." Gac Sanit **21**(4): 306-313.

- Silver, C. B. (2003). "A survey of clinicians' views about change in psychoanalytic practice and theoretical orientation." Psychoanal Rev **90**(2): 192-224.
- Smith, K. (2011). "Trillion-dollar brain drain." Nature **478**(7367): 15.
- Spiegelberg, H. (1972). "Phenomenology in Psychology and Psychiatry." Evanston: Northwestern University Press.
- Strain, J. J. and A. Diefenbacher (2008). "The adjustment disorders: the conundrums of the diagnoses." Compr Psychiatry **49**(2): 121-130.
- Sullivan, M., J. Verhulst, et al. (1993). "Psychotherapy vs. pharmacotherapy: are psychiatrists polarized?--A survey of academic and clinical faculty." Am J Psychother **47**(3): 411-423.
- Szasz, T. (1991). "Diagnoses are not diseases." Lancet **338**(8782-8783): 1574-1576.
- Taber, M. T. and H. C. Fibiger (1995). "Electrical stimulation of the prefrontal cortex increases dopamine release in the nucleus accumbens of the rat: modulation by metabotropic glutamate receptors." J Neurosci **15**(5 Pt 2): 3896-3904.
- Ursano, R. J., C. Bell, et al. (2004). "Practice guideline for the treatment of patients with acute stress disorder and posttraumatic stress disorder." Am J Psychiatry **161**(11 Suppl): 3-31.
- Valenstein, E. (1986). *Great and Desperate Cures*, New York: Basic Books
- Virués, J., Santolaya, F., García-Cueto, E., & Buéla-Casal, G. (2003). "Estado actual de la formación PIR: actividad clínica y docente de tutores y residentes. ." Papeles del psicólogo, **85**: 37-45.
- Wallace, E. R. and W. Rothstein (1977). "Toward a reconciliation between psychiatry and clinical psychology." Hosp Community Psychiatry **28**(8): 618-619.
- Weiner, D. B. (2000). "Betrayal! The 1806 English translation of Pinel's *traite medico-philosophique sur l'alienation mentale ou la manie*." Gesnerus **57**(1-2): 42-50.
- Wilk, J. E., J. C. West, et al. (2006). "Patterns of adult psychotherapy in psychiatric practice." Psychiatr Serv **57**(4): 472-476.
- Wyatt, R. C. L., N. (1994). "The not so great divide? Psychologists and psychiatrists take stands on the medical and psychosocial models of mental illness." Professional Psychology: Research and Practice **25**: 120-131.



